

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

480

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

MANIL Raymond

Né le 14 Juillet 1906, à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

De la gonococcie latente
FRÉQUENCE
MOYENS DE DIAGNOSTIC

Travail fait au Dispensaire de la Ligue de Préservation Sociale

Président de thèse : M. le Professeur P. MATHIEU

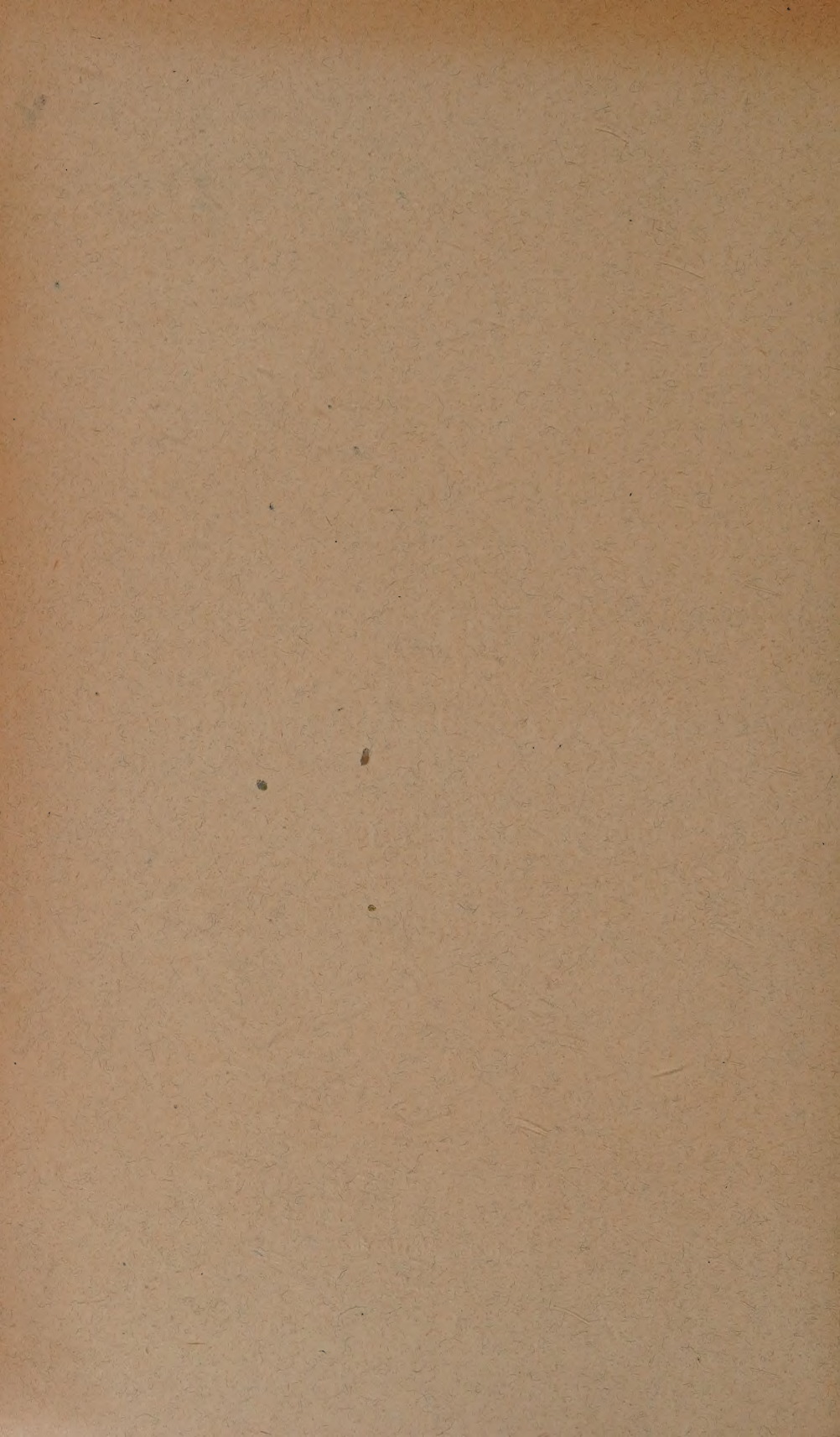
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

MANIL Raymond

Né le 14 Juillet 1906, à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

De la gonococcie latente

FRÉQUENCE

MOYENS DE DIAGNOSTIC

Travail fait au Dispensaire de la Ligue de Préservation Sociale

Président de thèse : M. le Professeur P. MATHIEU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

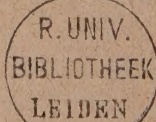
43, RUE RACINE, 15

—
1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVAST.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	GRÉGOIRE.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
ROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
RULE.....	Pathologie médicale.
SUSQUET.....	Pharmacologie.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
ATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
HAILLEY-BERT..	Physiologie.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
OGNON.....	Physique.
ONZELOT.....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
EY.....	Urologie.
ASTINEL.....	Bactériologie.
ATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
HIROUD.....	Histologie.
IALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
AZARD.....	Pharmacologie.
UGUENIN.....	Anatomie pathologique.
UTINEL.....	Pathologie médicale.
DANNON.....	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphil graphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

EQUEUX.....	Obstétrique.
EROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

A MA SŒUR

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE
LE DOCTEUR ANDRÉ DEMONCHY
Directeur de la Ligue de Préservation Sociale;
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a inspiré le choix de
cette thèse, en témoignage de
notre profonde reconnaissance
pour la grande bienveillance qu'il
nous a toujours montrée et les
conseils qu'il n'a cessé de nous
prodiguer depuis que nous avons
l'honneur d'être son élève.*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU
Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique.

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Hommage de notre reconnais-
sance et de notre respectueuse
admiration.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

Professeur WIDAL (*in mémoriam*);
Professeur LEJARS (*in mémoriam*);
Docteur FREDET;
Docteur TIXIER.

Externat :

Professeur MATHIEU, 1929;
Docteur Charles RICHET;
Docteur CHIRIÉ, 1930;
Docteur DIAMANT-BERGER, 1931;
Docteur HALLÉ;
Professeur J.-L. FAURE, 1932;
Docteur WEISMAN-NETTER, 1933.

INTRODUCTION

A la fin du traitement d'une blennorrhagie aiguë, il est classique de contrôler la guérison par divers moyens de réactivation : épreuve de la bière, lavages ou instillations de nitrate d'argent, dilatations au Béniqué ou au Kollmann, coït, etc... Si, dans un délai plus ou moins bref, les épreuves n'ont provoqué aucune reprise de l'écoulement, on considère communément le malade comme guéri.

Cependant il arrive, et ces faits ne sont discutés par personne, que certains malades ayant subi ces épreuves sans présenter la moindre réaction, contaminent leur partenaire sans présenter eux-mêmes le moindre phénomène anormal.

D'autres assistent, un jour ou l'autre, à la suite d'excès divers ou même sans cause apparente, à une reprise de leur écoulement.

Ces faits prouvent que ces malades restent porteurs de gonocoques latents après leur guérison clinique et peuvent être contagieux.

Devant l'importance sociale de cette question, un

certain nombre d'auteurs ont recherché des moyens plus sûrs et plus constants que les épreuves de réactivation citées plus haut afin de dépister ces porteurs de germes et d'évaluer approximativement leur fréquence.

I. — GUÉPIN a, le premier, en 1914, essayé d'utiliser la *culture de sperme* pour le diagnostic de la gonococcie latente. Cette technique lui a permis d'évaluer à 75 % la proportion des porteurs de germes chez les anciens blennorragiens.

Cette méthode a été ensuite étudiée et utilisée par de nombreux auteurs parmi lesquels nous citerons :

LEBRETON, en 1929, qui trouve 80 %;

MAILLE, en 1921, 94 %;

ROUCAYROL, à peu près à la même époque, ne trouve que 3 %;

GISCARD, en 1923, de 3 à 5 %;

JANET et DEBAINS, en 1924, ne trouvent aucune culture positive sur une soixantaine;

NOGUÈS et DURUPT, 3 à 5 %;

Pierre BARBELLION, en 1928, 4 %;

DEMONCHY, en 1928, sur un grand nombre de cultures de sperme, n'obtient un résultat positif que dans 1 % des cas environ.

II. — Diverses réactions étudiées pour le diagnostic de la blennorragie, tant aiguë que chronique, ont été également appliquées à dépister la gonococcie latente.

Certains ont utilisé les *réactions vaccinales* :

soit générales (BRUCKE et SOMMER, en 1913);
soit focales (ASCH en 1907, ERLACHER en 1913);
soit surtout locales (cuti et intradermo-réaction).

Ces dernières ont été étudiées par WATSON, en 1912, FABRE et DUJOL, BRUCKE, IRON. Ces divers auteurs leur accordent une certaine valeur. COOK et STAFFORD, par contre, leur dénie toute spécificité.

DEMONCHY et BENOIST, en 1928, reprenant l'étude de ces réactions, n'obtiennent que peu de résultats dans les blennorragies chroniques.

III. — Des méthodes plus complexes ont été enfin étudiées ces dernières années.

La fixation du complément, appelée aussi gonorréaction, découverte en 1906 par Muller et Oppenheim, étudiée depuis par un très grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons à l'étranger : Brucke, Finkelstein et Gershum (1913), Kelmer (1918), Priestley (1919), Pellegrini (1925), Gheorgin (1926), Gelman (1928), Torn, Froster, Wolfgang, etc... En France : Rubinstein et Gauran (1923), Jausion et Drat (1926), Jausion, Meerseman et Becker (1927), Girard (1930 et 1931).

L'agglutination, étudiée par Nicolle et Thouvenet (1920), puis par Dombray (1927), qui lui préfèrent les réactions de précipitation et de fixation du complément.

Ce rapide historique nous montre le nombre et la diversité des méthodes mises en œuvre afin de pré-

ciser le diagnostic de gonococcie latente. Nous nous proposons d'étudier et de discuter les principaux de ces moyens; au premier abord, un fait nous semble particulièrement frappant : la divergence des opinions exprimées quant à la fréquence des porteurs de germes gonococciques. En effet, nous voyons le pourcentage des blennorragiens latents varier de 0 à 94 % pour les seuls auteurs employant la culture de sperme comme moyen de diagnostic.

En présence de résultats aussi discordants, nous nous sommes demandé où était la vérité. Pour y parvenir, il nous a semblé intéressant de rechercher parmi les nombreuses observations de blennorragiens soignés au Dispensaire de la Ligue de la Préservation sociale, les cas paraissant relever de gonococcie latente.

Nous avons pu ainsi nous rendre compte de leur fréquence relative, et en étudiant ces observations, nous avons pu nous faire une opinion sur la valeur des moyens qui avaient permis d'en faire le diagnostic.

Nous nous proposons dans ce travail d'exposer brièvement cette opinion et les arguments qui nous y ont conduit, en rapportant les nombreuses observations que nous avons pu recueillir.

DÉFINITION ET PLAN

Il importe, au début de ce travail, de bien préciser le sens qu'il faut attacher à ce terme de gonococcie latente.

Que comprend-on habituellement sous cette désignation ?

JANET ne sépare pas la gonococcie latente de la blennorrhagie chronique dont elle n'est pour lui que la forme la plus discrète, l'extrême degré.

GISCARD considère comme gonococcie latente tous les cas où, par les examens bactériologiques les plus minutieux, on ne peut mettre en évidence le gonocoque, qu'il existe ou non des lésions anatomiques révélées par des signes d'urétrite chronique.

DUREL, dans sa thèse sur les porteurs de germes en vénéréologie, définit ainsi les porteurs de gonocoques latents : des sujets chez lesquels on ne constate aucune lésion cliniquement décelable, mais chez qui on arrive à mettre le gonocoque en évidence par un moyen ou un autre. Il divise ses malades en trois catégories : 1°) ceux qui ont eu une blennorrhagie ;

2°) ceux qui sont en incubation de blennorragie ;
3°) ceux qui n'ont jamais été atteints de gonococcie et chez lesquels le gonocoque vit à l'état saprophyte.

Il distingue ainsi la gonococcie latente où l'on ne trouve aucun signe à l'examen clinique complet du malade, de la gonococcie discrète où il peut persister quelques signes cliniques peu importants.

Cette distinction nous paraît superflue, car elle élimine de la gonococcie latente la catégorie des urétrites chroniques post-gonococciques, la plus intéressante peut-être, à coup sûr la plus discutée. Ces urétrites, où les examens les plus minutieux ne peuvent déceler de gonocoques, sont considérées, par les uns, comme dues à l'infection secondaire, par les autres, comme de vraies blennorragies chroniques.

Personnellement, nous nous rapprochons sensiblement de la définition de Giscard : nous considérons comme atteints de gonococcie latente les malades qui, après une première atteinte blennorragique, le plus souvent manifeste, parfois discrète au point de passer inaperçue,

tantôt ne présentent aucun symptôme clinique apparent,

tantôt présentent des symptômes d'urétrite chronique, mais chez lesquels on n'a pu mettre en évidence le gonocoque par les examens bactériologiques les plus minutieux en s'aidant des épreuves de réactivation habituelles.

Cette définition néglige la deuxième et la troisième catégorie des malades de Durel, c'est-à-dire les ma-

lades en incubation de blennorragie ou n'ayant jamais eu cette affection, chez qui le gonocoque vit à l'état saprophyte pur. L'existence de ces cas ne nous paraît pas niable, étant donnée la démonstration qu'en a fait Durel. Nous en avons nous-même observé quelques-uns, mais ils nous ont semblé si exceptionnels que nous avons cru pouvoir les négliger.

Nous exposerons dans un premier chapitre ce qu'il faut penser de la gonococcie latente et de son importance sociale au point de vue danger de contamination.

Dans un deuxième chapitre, nous passerons en revue les principaux moyens qui ont été proposés pour la diagnostiquer, et nous indiquerons ceux d'entre eux qui nous paraissent les plus dignes d'intérêt.

Enfin, après avoir résumé les conclusions de ce travail, nous rapporterons les observations qui nous ont permis de les formuler.

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE LA GONOCOCCIE LATENTE

L'historique rapide que nous avons esquissé au début de ce travail nous a montré combien la fréquence de la gonococcie latente est différemment appréciée suivant les auteurs.

Certains donnent des chiffres très élevés variant entre 75 et 94 % (Guépin, Lebreton, Maille). Les autres ne trouvent que des proportions très faibles, allant de 3 à 6 % (Roucaïrol, Giscard, Noguès et Durupt, Barbellion). Janet va plus loin et considère la gonococcie chronique — à plus forte raison la gonococcie latente — comme extrêmement rare. Pour lui, les rechutes ne sont la plupart du temps que des réinfections, certains sujets étant de véritables abonnés au gonocoque.

Les chiffres forts cités plus haut semblent manifestement exagérés et hors de proportion avec le nombre de contamination et de rechutes qu'on observe habituellement en clinique. Par contre, les

chiffres faibles ne sont-ils pas insuffisants ? C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Presque tous les auteurs qui ont donné des statistiques de gonococcie latente se sont adressés à un seul moyen de diagnostic, le plus souvent la culture de sperme. Bien entendu, chacun avait sa technique et ses milieux de culture particuliers; la divergence des résultats obtenus tient peut-être à cette diversité des méthodes de diagnostic.

Pour nous faire une opinion personnelle sur la question nous avons employé un tout autre moyen. Nous avons pris les dossiers de mille malades traités au Dispensaire de la Ligue de Préservation sociale, et nous avons recherché les malades ayant présenté une rechute et paraissant de ce fait suspects de gonococcie latente.

Nous n'avons pas voulu faire un pourcentage des cas de gonococcie latente, ni établir une statistique sur les chiffres que nous publions au cours de ce chapitre.

Le nombre de mille dossiers examinés représente en effet le nombre total des malades qui se sont présentés, pendant une période déterminée, à la consultation du Dispensaire et à qui, *ipso facto*, il a été établi un dossier.

Sur ce nombre de malades, il y a forcément un déchet assez considérable. Certains ne sont venus consulter qu'une fois et n'ont pas été traités; d'autres ont interrompu leur traitement pour une cause ou une autre; d'autres enfin ne sont pas revenus faire contrôler leur guérison après traitement.

Naturellement, nous avons éliminé les dossiers de tous ces malades et nous n'avons retenu que les observations complètes. Nous avons néanmoins rapporté les observations au nombre total de mille. Les proportions obtenues seront donc forcément au-dessous de la vérité, mais elles permettront de donner un chiffre minimum approximatif, ce qui a tout de même, pensons-nous, un certain intérêt.

CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS

Les mille malades sur lesquels ont porté nos observations comprennent 792 aigus et 208 chroniques.

Nous appelons malades aigus, ceux qui sont venus consulter pour une urétrite aiguë ou subaiguë, dont l'écoulement contenait des gonocoques à l'examen direct.

Les malades chroniques sont ceux qui sont venus consulter pour des symptômes d'urétrite chronique : goutte matinale, filaments dans les urines, etc..., et chez lesquels l'examen direct n'a pu mettre de gonocoques en évidence.

I. — *Malades aigus :*

Nous avons classé ces malades en primitifs, s'il s'agit d'une première infection gonococcique, et en secondaire, si leur écoulement a été précédé d'une ou de plusieurs manifestations. Nos 792 malades aigus comprennent 507 aigus primitifs et 285 aigus secondaires.

Nous avons cherché tout d'abord, parmi ces 792 malades aigus, ceux qui, ayant été traités par nous jusqu'à guérison apparente, contrôlée par plusieurs épreuves de réactivation (bière et nitrate), sont revenus au bout d'un temps variable, porteurs d'un nouvel écoulement à gonocoques, paraissant être une rechute.

Nous n'avons gardé, nous le répétons, que les observations complètes, c'est-à-dire celles des malades que nous avons entièrement suivis, à qui nous avons fait plusieurs gonoréactions et des épreuves de réactivation répétées aussitôt la guérison apparente obtenue.

Pour fixer les idées, nous citerons dès maintenant l'une quelconque de ces observations.

OBSERVATION 20. — DOSSIER 4.265

16-5-30	Premier écoulement depuis	G. R. + H6
	10 jours, gono ++	
22-6-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
2-7-30		G. R. +++++ H0
6-8-30		G. R. +++++ H0
24-11-30	Goutte depuis 12 heures, gono ++	G. R. +++++ H0
	Traitement, vaccin, lavages.	
24-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
31-1-31		G. R. +++++ H0
4-2-31		G. R. +++++ H0
6-3-31	Urétroscopie. Infiltration molle surtout au niveau du véru. Lacunite.	

Nous avons trouvé parmi nos 507 malades aigus primitifs 32 observations semblables et 33 parmi les 285 aigus secondaires.

Toutes ces observations sont rapportées ensemble à la fin de ce travail (observations n^{os} 1 à 32 et 33 à 62).

On peut se demander si ces reprises d'écoulement sont véritablement des rechutes et s'il ne s'agit pas tout simplement de réinfections banales. Sans doute, nous ne pouvons apporter en cette matière de preuves absolues, et il peut y avoir dans la masse de nos observations quelques cas de réinfection; cependant, nous sommes convaincus que la grande majorité de nos cas sont bien des rechutes, et cette conviction est basée sur les constatations suivantes :

« 1° *La plupart de nos malades ayant présenté un nouvel écoulement avaient conservé depuis leur première infection une gonoréaction positive.*

« Ils avaient encore une gonoréaction positive lors de la constatation de la rechute présumée, et cela, malgré le peu de temps écoulé entre l'apparition de cette rechute et leur prise de sang. Or, on sait que normalement, la positivité de la gonoréaction apparaît dans un délai minimum de quinze jours à trois semaines. »

Observations n^{os} 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62.

« 2° *Dans tous les cas où il a été pratiqué chez ces*

« malades un examen urétroscopique, soit avant, soit
« après la rechute, on a trouvé des lésions urétrales
« qui auraient pu la faire prévoir ou qui pouvaient
« l'expliquer. »

Observations n^{os} 3, 14, 17, 20, 22, 28, 29, 34, 36, 47,
49, 53, 57, 60.

« 3^o Les faits ci-dessus nous paraissent des argu-
« ments assez solides en faveur de la réalité des re-
« chutes que nous avons observées.

« Pour en contrôler la valeur, nous avons recher-
« ché ensuite dans nos dossiers de malades aigus, les
« observations de ceux dont la gonoréaction est rede-
« venue négative après traitement. Nous en avons
« trouvé 52 : 36 pour les aigus primitifs et 16 pour
« les aigus secondaires.

« Nous avons relevé parmi ces malades ceux qui
« ont présenté un nouvel écoulement. Or, nous n'en
« avons trouvé que 7 : 5 primitifs et 2 secondaires. »

Observations n^{os} 2, 8, 12, 15, 32, 46 et 48.

Cet ensemble de faits nous semble bien prouver
ou tout au moins rendre très vraisemblable ce que
nous avons admis tout à l'heure, à savoir que la plu-
part des malades venant consulter pour une reprise
de leur écoulement peuvent être considérés comme
présentant une rechute si leur gonoréaction est restée
positive depuis leur primo-infection. A plus forte rai-
son, peut-on l'admettre si ces malades présentent à
l'urétroscopie des lésions de l'urètre confirmant cette
positivité de la réaction.

Il est à remarquer que la majorité de ces malades

n'avaient présenté, entre leur première infection et leur rechute, aucun signe d'urétrite chronique et qu'ils étaient restés vraiment latents.

II. — *Malades chroniques :*

Nous avons pratiqué ensuite la même recherche chez les 208 malades que nous avons classés sous le nom de chroniques. Ceux-ci ne présentaient que des signes plus ou moins discrets d'urétrite chronique, sans gonocoques décelables dans la goutte matinale ou les filaments. Cette recherche s'est montrée également très intéressante. Les cas de rechute sont encore plus indiscutables que chez les aigus : en effet, ils se sont produits au cours même du traitement chez des malades qui, en général, n'avaient aucun rapport sexuel.

Sur nos 208 dossiers de chroniques, nous avons trouvé 7 cas de rechute manifeste. (Observations 111, 112, 113, 114, 115, 116 et 117.)

Nous n'avons pas retenu un certain nombre d'autres rechutes, car les observations étaient incomplètes, la gonoréaction et l'urétroscopie n'ayant pas été pratiquées.

Nous avons, par contre, rapporté d'autres observations qui ne rentrent pas dans notre série de mille dossiers, dont nous ne tiendrons pas compte dans nos pourcentages minima, mais qui nous ont paru intéressantes et démonstratives. (Observations 119, 120, 121.)

Nous avons rapporté également, toujours en de-

hors de la série, quelques observations recueillies par notre maître, le Docteur Demonchy, dans sa clientèle personnelle, ainsi que des observations *de rechute après étincelage* recueillies par le Docteur Lançon. (Observations n^{os} 142, 143, 144, 145, 146, 147.)

Lorsqu'on étudie ces observations, on peut faire les constatations suivantes qui nous paraissent les plus dignes d'être mises en évidence :

1^o *Tous les malades chroniques qui ont rechuté, sauf un, avaient une gonoréaction positive, bien que leur première infection remontât à un temps quelquefois très long.*

2^o *A l'exploration clinique, et surtout à l'examen urétroscopique, ils ont tous présenté des lésions évidentes, le plus souvent d'œdème bulleux et d'infiltration molle de l'urètre postérieur.*

En présence de ces faits, et sans oublier ce que nous avons constaté plus haut pour les malades aigus, il est donc permis de se demander si l'on ne peut pas considérer comme porteurs de gonocoques latents les anciens blennorragiens présentant ou non des signes d'urétrite chronique, chez qui l'on constate :

1^o *une gonoréaction positive,*

2^o *des lésions manifestes à l'examen clinique et urétroscopique.*

Bien qu'il soit impossible d'en donner une démonstration absolue, cette théorie nous semble vraisemblable et nous trouvons un argument de plus en sa faveur dans la constatation suivante :

Nous avons observé un certain nombre de malades

qui, sans présenter de rechute, ni d'urétrite chronique, conservaient une gonoréaction positive. Nous les avons considérés comme suspects de gonococcie latente. Sous l'influence du traitement effectué (dilatation, étincellage, instillations de nitrate, etc.), nous avons vu leur gonoréaction devenir négative. De plus, une urétroscopie après traitement a montré la régression ou même la disparition des lésions urétrales. (Observations 124, 129, 130, 132, 137, 141, 118, 121.)

Dans notre série de malades aigus, nous avons trouvé des observations analogues : ce sont des malades qui, plus ou moins longtemps après leur première infection, ont été trouvés porteurs de lésions à l'urétroscopie et dont la gonoréaction demeurerait positive. Certains ont rechuté, mais ont vu leurs lésions disparaître après un traitement approprié en même temps que leur gonoréaction devenait négative. (Observations 18, 19, 28, 32, 43, 45, 54.)

Quoi qu'il en soit, si nous retenons le nombre des rechutes trouvées tant chez les malades aigus que chez les chroniques, nous pouvons dresser le tableau suivant :

Malades aigus primitifs : 32 rechutes sur 507 malades, moyenne 6,3 %.

Malades aigus secondaires : 30 rechutes sur 285 malades, moyenne 10,8 %.

Moyenne des aigus : 8,4 %.

Malades chroniques : 7 rechutes sur 208 malades, moyenne 3,3 %.

Si l'on considère ce tableau, on peut remarquer

que les rechutes sont deux fois plus fréquentes chez les aigus secondaires que chez les aigus primitifs. Ce fait nous semble constituer une nouvelle confirmation de notre théorie. Il permet de supposer que l'écoulement pour lequel un certain nombre de ces malades sont venus consulter la première fois n'était lui-même qu'une rechute. Ces malades étaient depuis longtemps porteurs de lésions entretenant des gonocoques latents; ce sont elles qui, un beau jour, ont provoqué l'écoulement ou les rechutes.

La même prédisposition n'existait évidemment pas chez les malades neufs qui avaient plus de chances de guérir complètement et définitivement.

D'autre part, la proportion des rechutes chez les chroniques peut paraître faible, mais comme nous l'avons dit plus haut, nous avons été obligé d'éliminer un certain nombre d'observations incomplètes, ce qui rend le chiffre obtenu très inférieur à la réalité.

Dans l'ensemble, chez les aigus comme chez les chroniques, ces chiffres représentent donc le nombre minimum des rechutes : ils ne comprennent que celles que nous avons constatées et soignées nous-même et laissent de côté toutes les observations incomplètes. On peut donc estimer cette proportion très inférieure au nombre réel des rechutes et à plus forte raison au nombre réel des gonococcies latentes, des malades porteurs de germes n'ayant pas rechuté.

De toutes ces constatations, il nous semble qu'il est permis de tirer cette conclusion : la gonococcie latente est sensiblement plus fréquente qu'on ne sau-

rait le supposer et les malades considérés habituellement comme atteints d'urétrite chronique banale non gonococcique, sont souvent, en réalité, des porteurs de germes.

IMPORTANCE SOCIALE DE LA GONOCOCCIE LATENTE

Etant donnée cette fréquence relative de la gonococcie chronique, quelle est son importance au point de vue social, autrement dit tous les porteurs de germes sont-ils contagieux ?

Il est difficile de répondre d'une façon précise à cette question.

Giscard considère les porteurs de germes comme très contagieux et partant dangereux pour la société.

Durel, dans sa thèse, après avoir constaté la fréquence relative de la gonococcie latente, estime que tous les porteurs ne sont pas contagieux, à beaucoup près. Il explique ce fait par l'atténuation des germes, l'immunité que posséderait certains sujets, les précautions d'hygiène habituellement prises, etc...

Il nous semble difficile d'exprimer une opinion à ce sujet. Cependant l'importance sociale de la gonococcie latente peut être, croyons-nous, considérée comme proportionnelle à sa fréquence; puisque, comme nous croyons l'avoir démontré, cette fréquence est relativement importante, il convient de ne pas la négliger.

CHAPITRE II

MOYENS DE DIAGNOSTIC DE LA GONOCOCCIE LATENTE

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur le nombre et la variété des moyens proposés pour dépister les porteurs de gonocoques latents. Nous ne voulons pas faire ici une énumération fastidieuse, nous nous proposons seulement de passer en revue les principaux de ces procédés en indiquant ceux qui, à notre avis, constituent leurs avantages et leurs inconvénients.

Les moyens de réactivation (ingestion de bière ou d'eau de Vichy, instillations ou lavages au nitrate, dilatations de l'urètre par des moyens divers, coïts répétés, etc.) sont, pour Janet, les meilleurs moyens de dépister une gonococcie latente, en provoquant une rechute aiguë.

Il n'est pas douteux que certains blennorragiens chroniques ont présenté des rechutes après une série d'excès divers; mais ces faits, sans être exception-

nels, sont rares, et surtout ils ne se produisent pas à volonté.

Janet le constate lui-même lorsqu'il écrit : « Sous l'influence de ces moyens de réactivation, les gonocoques peuvent repulluler dans l'urètre, mais ils le font à leur heure et pas à la nôtre. » Evidemment, ce n'est pas ce qu'on attend d'un moyen de diagnostic précis. Toutefois, il convient de faire une place spéciale à la *diathermie*, employée et préconisée par Roucayrol; suivie de l'examen cytologique et bactériologique des sécrétions, elles donnerait des résultats très intéressants.

L'étincelage, employé surtout comme agent thérapeutique, s'est montré, dans certains cas, un merveilleux moyen de réactivation. (Observations n^{os} 142, 143, 144, 145, 146, 147.)

Ces procédés sont donc excellents dans certains cas pour déceler la persistance d'une infection gonococcique récente, nous l'avons constaté nous-même à plusieurs reprises. Mais ils sont manifestement insuffisants pour dépister le gonocoque dans les vieilles urétrites chroniques, à plus forte raison chez les malades qui ne présentent plus depuis longtemps aucun symptôme clinique.

La culture de sperme. — Dans l'introduction de ce travail, nous avons énuméré les auteurs qui ont cru découvrir dans la culture de sperme un moyen précis de diagnostic de la gonococcie latente.

Mais nous avons vu que si GUÉPIN, LEBRETON et MAILLE trouvaient par ce moyen de 75 à 94 % de gono-

cocciques latents, GISCARD, NOGUÈS et DURUPT, ROUCAYROL, Pierre BARBELLION ont trouvé des proportions beaucoup plus faibles.

JANET et DEBAINS, sur une soixantaine de cultures, ne trouvent même aucun résultat positif.

DOMBRAY, reprenant cette étude, trouve les résultats de la spermoculture inconstants et irréguliers.

Cette variété des résultats obtenus, suivant les méthodes de culture et les expérimentateurs, est à notre avis, la critique la plus grave que l'on puisse adresser à cette méthode. Elle prouve que la culture de sperme, intéressante dans son principe, reste une méthode difficile qui ne peut être pratiquée que par un bactériologiste habile et expérimenté, et qui, même dans ces conditions, reste bien souvent irrégulière dans ses résultats.

Notre maître Demonchy a expérimenté lui-même cette méthode, il y a quelques années, au Dispensaire de la Ligue de Préservation sociale. Les résultats ont été assez décevants : sur 500 cultures environ, 5 ou 6 seulement ont été positives, et les résultats négatifs se sont montrés souvent en contradiction avec la clinique, et même avec les examens bactériologiques directs. (Voir à la fin du travail les observations n^{os} 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, qui sont assez concluantes à ce point de vue.)

Nous n'insisterons pas sur les *réactions vaccinales* et en particulier l'intradermo et la cutiréaction. Ces réactions ont été expérimentées surtout au cours de la blennorragie aiguë et de ses complications ; elles

semblent, d'après les auteurs qui les ont étudiées, n'avoir que peu donné de résultats dans les gonococcies chroniques et latentes.

Les travaux de notre maître Demonchy, qui a également étudié ces réactions avec Benoist, en 1928, ont donné des résultats analogues.

Les réactions d'agglutination et de précipitation, étudiées par le Professeur Nicolle, puis par Thouvenet et plus tard par Dombrais, ne nous semblent pas non plus avoir donné des résultats constants dans les cas chroniques et latents qui nous intéressent.

La réaction de fixation de complément ou gonoréaction semble actuellement la mieux étudiée de toutes les réactions biologiques appliquées au diagnostic de la blennorrhagie.

Découverte en 1906 par MULLER et OPPENHEIM, introduite en France par RUBINSTEIN et GAURAN, elle a fait, ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, l'objet d'une très abondante bibliographie que nous n'essaierons pas de résumer ici. Citons seulement, parmi les travaux français, ceux de Bezançon, Dombrais, dont nous avons déjà cité la thèse, Leri et Urbain, Jausion et ses élèves, Girard, Zeude.

Nous avons pu constater nous-même la valeur de la gonoréaction, puisqu'elle est employée systématiquement depuis plusieurs années dans les dispensaires de la Ligue de Préservation sociale. D'ailleurs, on a pu plus haut voir les services qu'elle nous a rendus dans notre recherche de la gonococcie latente.

Cependant, tous les auteurs sont à peu près unan-

nimes à constater que la persistance de la réaction, pendant un temps variable, quelquefois assez long, après la guérison clinique, rend son interprétation difficile chez les anciens blennorragiens. Cette phase de positivité est particulièrement manifeste et constante après un traitement vaccinal; il est évidemment délicat de préciser où finit la positivité normale après guérison et où commence la positivité anormale devant faire suspecter la persistance de gonocoques latents dans l'organisme.

Ces raisons font que la gonoréaction, dont à notre avis, la grande valeur est réelle, ne peut cependant être considérée comme un moyen infaillible de dépistage des porteurs de germes au moins lorsqu'elle est employée seule.

La plupart des auteurs, qui ont étudié la gonococcie latente, semblent avoir assez peu préconisé *l'examen clinique complet du malade avec urétroscopie* en tant que moyen de diagnostic. Son importance a cependant été mise en valeur par les travaux de Oberlander, Kollmann, Luys, etc...

En 1911, Asch cite plusieurs observations de malades chez lesquels il a découvert à l'endoscope des kystes contenant des gonocoques restés jusque-là complètement latents.

La plupart des auteurs reconnaissent que l'examen complet des malades suspects de gonococcie latente révèle souvent des lésions; mais ils nient le plus souvent leur spécificité et les attribuent à des microbes d'infection secondaire.

CHOIX DES MOYENS

Les moyens de diagnostic de la gonococcie latente sont donc nombreux. De toutes ces méthodes, quelles sont celles qui doivent retenir le choix du praticien désireux de poser son diagnostic avec le maximum de probabilités ?

Nous pensons qu'aucun des moyens que nous venons d'étudier ne peut être à lui seul infaillible ni même suffisant.

Mais il nous semble que plusieurs d'entre eux, employés conjointement et se complétant mutuellement, peuvent permettre d'arriver à une probabilité suffisante.

Les deux procédés les plus efficaces sont, à notre avis, l'*examen clinique du malade* et la gonoréaction.

L'examen du malade doit être aussi complet que possible. Il doit comporter :

1° l'*examen cytologique et bactériologique* de la goutte matinale et des filaments, s'il y a lieu;

2° le *lavage de l'urètre antérieur* et l'examen des urines dans deux verres pour préciser l'origine antérieure ou postérieure de ces filaments;

3° le *cathétérisme explorateur* permettant de préciser les rétrécissements et les zones d'infiltration;

4° la *palpation* de l'urètre sur bougie ou sur Béniqué ;

5° l'*exploration de la prostate* et l'examen cyto-bactériologique des sécrétions prostatiques;

6° la *palpation des glandes de Cowper*;

7° L'URÉTROSCOPIE, examen capital, qui précisera les lésions trouvées à l'exploration clinique et révélera bien souvent d'autres lésions passées complètement inaperçues et entièrement silencieuses quant aux symptômes cliniques.

Nous estimons que cet *examen clinique et urétroscopique*, associé à la *gonoréaction*, constitue le meilleur moyen de diagnostic de la gonococcie latente.

Notre conviction est basée sur les faits que nous avons rapportés au chapitre précédent et sur les observations dont ce chapitre n'est que le commentaire.

Rappelons simplement que presque tous les malades chez qui nous avons constaté des rechutes avaient une gonoréaction positive et que l'urétroscopie, lorsqu'elle avait été pratiquée, avait révélé des lésions chez la plupart de ces malades.

Par contre, nous avons vu que très peu des malades dont la gonoréaction était devenue négative, avaient rechuté.

Nous avons pu également constater qu'il y a presque toujours concordance entre la constatation des lésions à l'urétroscopie et la gonoréaction positive (Observations 3, 14, 17, 20, 22, 29, 34, 36, 43, 47, 53, 57, 60, 102, 103, 112, 115, 116, 117, 118, 121, 122 à 141.)

Corollairement, quand les lésions urétrales sont bien traitées, on voit la gonoréaction devenir négative en même temps que ces lésions disparaissent à l'urétroscopie.

Cette série de constatations nous permet donc

d'estimer que l'examen complet du malade et la gonoréaction sont insuffisants lorsqu'ils sont pratiqués isolément. Employés simultanément, leur concordance présente une réelle valeur diagnostique pour le dépistage des porteurs de gonocoques.

Après une infection blennorragique aiguë, même complètement guérie en apparence, on doit pratiquer un examen urétroscopique si la gonoréaction reste positive dans des délais anormalement prolongés. Si cet examen révèle des lésions manifestes de l'urètre, le malade doit être considéré comme suspect de gonococcie latente, et comme tel, doit être traité en conséquence.

On doit également, à notre avis, considérer comme suspect les malades porteurs de signes d'urétrite chronique dont la gonoréaction et l'urétroscopie sont positives.

Est-ce à dire que ces malades soient tous destinés à rechuter à un moment ou à un autre, ou à contaminer leur partenaire ?

Nous ne le croyons pas, et nous avons vu que la proportion des rechutes était sensiblement plus faible chez les malades chroniques que chez les malades guéris plus ou moins récemment d'une infection aiguë. On se l'explique par le fait que, chez les chroniques, les lésions sont plus vieilles, plus enkystées, et que le gonocoque s'y trouve plus profondément situé et enfermé.

Cependant, l'expérience nous apprend que, parmi ces porteurs de germes, un certain nombre rechutent

ou contaminent leur partenaire. Il est donc indispensable de prévenir ces rechutes ou ces contaminations, en traitant *tous* les suspects.

De fait, nous avons pu constater qu'une partie de nos malades ainsi traités, non seulement n'ont pas rechuté, mais ont vu leur gonoréaction devenir négative et leurs lésions disparaître à l'urétroscopie.

Une difficulté peut se présenter dans l'emploi de cette méthode de diagnostic. S'il y a discordance entre la gonoréaction et l'examen urétroscopique, que doit-on conclure ?

Il faut d'abord remarquer que le fait est assez rare, si l'on a soin de répéter les examens cliniques et sérologiques pour éliminer toute cause d'erreur.

S'il y a vraiment contradiction, c'est à l'urétroscopie qu'il faut accorder la priorité, à condition qu'elle décèle des lésions manifestes.

Quoi qu'il en soit, pour un diagnostic aussi délicat et aussi lourd de conséquences sociales que celui de la gonococcie latente, on doit se garder d'attribuer aux examens cliniques ou sérologiques isolés une valeur absolue. Seule leur association permet d'obtenir une certitude ou, à défaut, une probabilité suffisante.

OBSERVATIONS

Malades aigus primitifs ayant rechuté

OBSERVATION 1. — DOSSIER 4.052.

28-2-30	Premier écoulement depuis 2 jours, gono ++	G. R. nég. H8
10-4-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
20-1-31		G. R. +++ H2
24-10-31	Ecoulement depuis 2 jours, gono ++	G. R. + H6

OBSERVATION 2. — DOSSIER 4.128

24-3-30	Premier écoulement depuis 4 jours, gono ++	G. R. nég. H8
2-5-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
20-1-31		G. R. +++ H2
24-10-31	Ecoulement depuis 2 jours, gono ++	G. R. + H6

OBSERVATION 3. — DOSSIER 4.183

14-4-30	Premier écoulem. 2 jours, 6 jours ap. coït, gono ++	G. R. nég. H8
21-5-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0

5-9-30		G. R. +++++ H0
15-10-30	Ecoulement gono ++, Traité par vaccin et la- vages.	
1-12-30		G. R. +++++ H0
17-1-31		G. R. +++++ H0
1-4-31	<i>Urétroscopie.</i> Infiltration dure de l'urètre posté- rieur. Kollmann courbe.	
3-11-31 et 11-1-32		G. R. ++ H4

OBSERVATION 4. — DOSSIER 4.258

1-5-30	Premier écoulement 2 jours, gono ++	G. R. ++ H4
29-9-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
27-5-31	Ecoulem. 4 jours, gono ++	G. R. +++++ H0
30-6-31	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
22-10-31		G. R. +++++ H0
9-11-31	Ecoule. 4 jours, gono ++; vaccin, lavages	G. R. +++++ H0
12-12-32	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2

OBSERVATION 5. — DOSSIER 4.266

24-5-30	Premier écoulement 36 h., gono ++	G. R. nég. H8
25-6-30	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
14-3-31	Ecoule. 2 jours, gono ++; vaccin, lavages	G. R. +++++ H0
21-4-31	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
10-10-31	Ecoule. 24 heures, gono ++	G. R. ++ H4
26-10-31	Cliniquem. guéri. Bière : 0	G. R. +++++ H0
21-1-32	Ecoule. 2 jours, gono ++;	G. R. +++++ H0
29-2-32	Exploration littrite	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 6. — DOSSIER 4.292

25-5-30	Premier écoulem. 2 jours, gono ++	G. R. + H6
26-6-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
22-11-30	Ecoul. 2 jours, gono ++ Lavages.	G. R. +++++ H0
18-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
10-1-31		G. R. +++++ H0
17-4-31		G. R. +++++ H0

OBSERVATION 7. — DOSSIER 4.575

28-8-30	Premier écou. 24 heures, gono ++	G. R. + H6
25-9-30	Cliniquement guéri.	
4-11-30	Ecoulement, gono ++ Vaccin, lavages.	G. R. +++++ H0
12-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 8. — DOSSIER 4.617

19-9-30	Premier écoulem. 4 jours, gono ++	G. R. nég. H8
31-10-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
5-12-30		G. R. +++++ H0
28-2-31		G. R. nég. H8
10-6-31	Goutte depuis quelques heures, gono ++	G. R. + H6
12-12-31		G. R. ++ H4
12-3-32		G. R. nég. H8
14-11-32	Ex. : littrite	G. R. nég. H8
10-12-31	Urétroscopie. Infiltration U. P. avec œdème. Lacunite et périlacunite.	

OBSERVATION 9. — DOSSIER 4.631

24-9-30	Premier écoulem. 5 jours, gono +	G. R. nég. H8
---------	-------------------------------------	---------------

27-10-30	Cliniquement guéri.	G. R. +++++ H0
15-11-30		G. R. +++++ H0
4-12-30	Gtte matinale: <i>rare gonos.</i> Lavages, nitrate. Bière.	
27-3-31		G. R. +++ H2

OBSERVATION 10. — DOSSIER 4.632

24-9-30	Premier écoulement 48 h., gono ++	G. R. nég. H8
15-11-30	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
21-12-30	Ecoul. 2 jours, gono ++	G. R. +++++ H0
15-10-32	Gtte matin. : pas de gono	G. R. +++ H2

OBSERVATION 11. — DOSSIER 4.646

2-10-30	Premier écoulement depuis 24 heures	G. R. nég. H8
13-11-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
30-11-31	Ecoul. 3 jours, gono ++; ur. : cl. f.	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 12. — DOSSIER 4.752

10-11-30	Premier écoulem. 12 jours, gono ++	G. R. +++++ H0
15-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
22-6-31	Ecoulem. 3 jours, gono ++	G. R. + H6
7-7-32	Ecoulem. 3 jours, gono ++	G. R. +++ H2

OBSERVATION 13. — DOSSIER 4.808

1-12-30	Premier écoulement 3 se- maines, gono +	G. R. +++++ H0
21-1-31	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
27-3-31	Ecoulem. 3 jours, gono ++ Vaccin, lavages. Bière, ni- trate.	G. R. +++++ H0

19-7-32 Ecoulem. 24 h., gono ++; G. R. ++++ H0
ur. louche

OBSERVATION 14. — DOSSIER 4.813

3-12-30 Premier écoulement depuis
2 mois, gono ++ G. R. ++++ H0
18-2-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
18-2-31 G. R. ++++ H0
10-4-31 G. R. ++ H4
9-6-31 G. R. ++ H4
17-9-31 G. R. ++++ H0
15-10-31 Ecoulement depuis 24 h., G. R. ++++ H0
gono ++
Vaccin, lavages, Kd.
6-1-32 G. R. ++++ H0
12-1-32 *Urétroscopie.* Infiltration
molle région du véru.
1-3-32 *Urétro.* Infiltration dure
U. A. lacunité G. R. ++++ H0
21-4-32 G. R. +++ H2

OBSERVATION 15. — DOSSIER 4.892

5-1-31 Premier écoulem. 4 jours,
gono ++ G. R. nég. H8
3-2-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
27-5-31 Ecoulement, gono ++. Ur.:
L, cl.
Vaccin, lavages. G. R. +++ H2
14-11-31 Ecoulement depuis 12 h.,
gono ++ C. R. nég. H8

OBSERVATION 16. — DOSSIER 4.942

20-1-31 Premier écoulement 1 mois
et demi, gono +++ G. R. ++++ H0

24-3-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
2-6-31		G. R. ++ H4
6-7-31	Goutte matinale, lavages nitrate: gono ++; quelques lavages.	
31-8-31		G. R. ++++ H0
	Vaccin, lavages, nitrate.	
13-10-31		G. R. ++++ H0

OBSERVATION 17. — DOSSIER 4.047

2-4-30	Premier écoulement depuis 3 jours, gono ++	G. R. nég. H8
28-5-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
2-2-31	Ecoulement depuis 48 h., gono ++	G. R. +++ H2
	Vaccin, lavages. Massages de prostate. Béniquès.	
1-2-32	Goutte matinale, gono ++ 2 lavages.	G. R. ++++ H0
	<i>Urétroscopie</i> : Infiltration molle Urètre postérieur. Traitement : Kollmans droits et courbes.	
3-5-32		G. R. +++ H2
7-1-33		G. R. ++++ H0

OBSERVATION 18. — DOSSIER 4.227

3-5-30	Premier écoulem. 3 jours	G. R. nég. H8
31-5-30	Cliniquement guéri	G. R. ?
1-7-30	Ecoulement gono ++	
	Traitement. Vaccin, lavages.	G. R. ++++ H0
9-10-30		G. R. ++ H4
3-6-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 19. — DOSSIER 4.245

8-5-30	Premier écoulement depuis 3 jours, gono ++	G. R. + H6
11-7-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
12-1-31	Ecoulem. 4 jours, gono ++. Traitem. Vaccins, lavages.	G. R. ++++ H0
16-2-31		G. R. ++++ H0
23-3-31		G. R. ++++ H0
11-5-31		G. R. ++ H4
21-4-32		G. R. + H6

OBSERVATION 20. — DOSSIER 4.265

16-5-30	Premier écoulem. 10 jours, gono ++	G. R. + H6
26-6-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
2-7-30		G. R. ++++ H0
6-8-30		G. R. ++++ H0
24-11-30	Goutte depuis 12 heures, gono ++ Trait. : Vaccins, lavages.	G. R. ++++ H0
24-12-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
31-1-30		G. R. ++++ H0
4-2-31		G. R. ++++ H0
6-3-31	Urétroscopie : Infiltration, molle surtout au niveau du véru; lacunite. Traite- ment : Kollmans droits et courbes, étincelage.	

OBSERVATION 21. — DOSSIER 4.313

2-6-30	Premier écoulement 3 mois, gono ++	G. R. ?
8-7-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0

13-5-31	Écoule. 24 heures, gono ++, ur. : cl. Guéri par 2 lavages ni- trate.	G. R. ++ H4
15-6-31	Goutte, gono ++ Trait. : Vaccins, lavages.	G. R. ++ H4
11-7-31		G. R. ++++ H0

OBSERVATION 22. — DOSSIER 4.348

16-3-30	Premier écoule. gono ++	G. R. ++++ H0
1-9-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
Mars 31	Littrite : Béniquès 42 à 54.	
13-10-31	Urétro : gros œdème bul- beux de l'urètre postér. Lucunite. Traitement : Kollmans droits et cour- bes.	G. R. ++++ H0
4-1-32	Urétro : Quelques bulles d'œdème. Infiltration dure urètre antérieure et post.	G. R. ++++ H0
4-3-32	Etincelage.	
Mars 32	Coagulation des lacunes et instillation de nitrate	G. R. ++++ H0
2-5-32	Goutte : gono +.	

OBSERVATION 23. — DOSSIER 4.379

6-9-30	:Premier écoulem. 3 jours, gono ++	G. R. ++ H4
15-11-30	Cliniquement guéri	
18-2-31	Écoulement quelques jours, gono ++	G. R. ++++ H2 G. R. ++++ H2
18-3-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
19-12-31	Goutte ur. : cl. gono ++	G. R. ++++ H0
27-1-32		G. R. ++++ H0
17-5-32	gono ++	G. R. ++++ H2

OBSERVATION 24. — DOSSIER 4.457

- 8-9-30 Premier écoulement 1 mois,
gono ++ G. R. ++++ H0
2-10-30 Cliniquement guéri G. R. ?
22-6-32 Goutte : gono + G. R. ++++ H0

OBSERVATION 25. — DOSSIER 4.552

- 14-8-30 Premier écoulement 3 se-
maines, gono ++ G. R. ++++ H0
Nov. 30 Prostatie; lavages, massag.
19-1-31 Ecoulement 24 heures, ur.
cl., gono ++ G. R. ++++ H0
Guéri par quelq. lavages.

OBSERVATION 26. — DOSSIER 4.554

- 28-8-30 Premier écoulement 2 mois,
gono ++ G. R. ++++ H0
30-9-30 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
24-11-30 Ecoulem. 1 jour, gono ++ G. R. ++++ H0
Trait. : vaccins, lavages.

OBSERVATION 27. — DOSSIER 4.724

- 17-12-30 Premier écoulem. 5 jours,
gono ++ G. R. ++ H4
31-1-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
29-12-31 Ecoulement quelq. jours,
gono ++ G. R. ++++ H0

OBSERVATION 28. — DOSSIER 4.728

- 2-2-31 Premier écoulem. ? Gono ++ G. R. +++ H2
31-3-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
18-4-31 Ecoulement, gono ++ G. R. ?
Trait.: lavages. Béniquès.

28-5-31 *Urétro* : Infiltration molle
、 Urètre postérieur, œdème
bulleux.

Juin-juillet 31 : Traitement : Kollmans
courbes.

2-2-32 G. R. nég. H8

OBSERVATION 29. — DOSSIER 4.866

27-12-30 Premier écoulement 3 se-
maines, gono ++ G. R. +++ H2
4-2-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
18-4-31 Ecoulement gono ++ G. R. ++++ H0
Traitement : vaccin, lavages.
23-6-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
10-8-31 Goutte : gono ++; ur. clf. G. R. ++++ H0
19-2-32 Goutte matinale, ur. : clf.,
étincelage, gono ++
19-4-32 *Urétro* : œdème bulleux
urètre postérieur; grosses
lacunes infiltrées.

OBSERVATION 30. — DOSSIER 4.752

10-11-30 Premier écoulem. 12 jours,
gono ++ G. R. ++++ H0
15-12-30 Cliniquement guéri G. R. ?
22-6-31 Ecoulem. 3 jours, gono ++ G. R. + H6
17-7-32 Ecoulem. 3 jours, gono + G. R. +++ H2

OBSERVATION 31. — DOSSIER 4.881

2-1-31 Premier écoulem. 15 jours,
gono ++ G. R. +++ H2
23-2-31 Cliniquement guéri.

- 2-3-31 Examen négatif, mais après
étincelage : gono ++;
lavages.
- 24-5-71 Goutte, gono + G. R. ++++ H0
Traitement : vaccin, lava-
ges. 1^{re} épreuve nitrate :
gono +.
- 19-9-31 Après 4 Kollmans courbes,
gono ++.
- 30-11-31 Goutte : gono +.

OBSERVATION 32. — DOSSIER 4.892

- 5-1-31 Premier écoulem. 4 jours,
gono ++ G. R. nég. H8
- 3-2-31 Cliniquement guéri G. R. ++++ H0
- 27-5-31 Goutte : gono ++; ur. cl. f. G. R. +++ H2
- 14-11-31 Ecoulem. 24 h., gono ++ G. R. nég. H8

Malades aigus secondaires ayant rechuté

OBSERVATION 33. — DOSSIER 4.020

Blennorragie en 1922. Rechutes tous
les ans.

- 19-2-30 Nouvel écoulem. gonos ++ G. R. nég. H8
- 29-3-30 Guérison clinique G. R. +++ H2
- 30-5-30 Nouvel écoulem. gonos ++ G. R. +++ H2
Traité par vaccins et lav.
- Juill. 30 Lavage au nitrate.
- 20-3-31 Nouvel écoulement depuis
12 h. gonos ++ G. R. +++ H2
Traité par vaccins et lav.
- 7-4-31 Epreuve de la bière G. R. ++++ H0
- 21-5-31 G. R. ++++ H0

OBSERVATION 34. — DOSSIER 4.023

Blennorrhagie en 1922.

- | | | |
|----------|---|----------------|
| 19-2-30 | Ecoulement gono ++ depuis 12 heures | G. R. nég. H8 |
| 28-3-30 | Guérison clinique | G. R. +++++ H0 |
| Juin 30 | Nouvel écoulem. gono ++.
Traité par vaccins et lav. | |
| Avril 31 | Dilatation par Béniquès. | |
| Juin 31 | <i>Urétroscopie</i> : Infiltration molle de l'U. P. Véru œdémateux. Traitement : dilatation, Kollmans dr. et courbes. | |
| Mai 32 | Ecoulement gono ++
Traité par vaccins, lavages, dilatations. | G. R. +++ H2 |
| 26-8-32 | Ecoulement gono + | |
| 5-10-32 | Lavage au nitrate | G. R. +++++ H0 |
| 6-10-32 | Gono +. | |
| Nov. 32 | <i>Urétroscopie</i> : Infiltration molle de l'U. P. avec œdème bulleux, lacunes et périlacunites. | |

OBSERVATION 35. — DOSSIER 4.026

- | | | |
|----------|---|----------------|
| 20-2-30 | Ecoulement depuis 3 semaines | G. R. ++ H4 |
| 25-3-30 | Guérison clinique | G. R. +++++ H0 |
| 10-6-30 | Nouvel écoulem. gono ++
Traité par vaccins et lav. | G. R. +++ H2 |
| 29-7-30 | Guérison clinique | G. R. +++ H2 |
| 22-12-30 | | G. R. +++++ H0 |

OBSERVATION 36. — DOSSIER 4.156

Première blennorragie en 1926.

- | | | |
|----------|--|---------------|
| 1-4-30 | Ecoulement depuis 2 mois | G. R. +++ H2 |
| 19-6-30 | Guérison clinique | G. R. ++++ H0 |
| 28-9-30 | Nouvel écoulement depuis
3 jours gono + | G. R. ++++ H0 |
| | Traité par vaccins, lavages;
dilatations par Béniquès. | |
| 15-12-30 | Urétroscopie : Infiltration
molle de l'U. P. avec la-
cunes. | |

OBSERVATION 37. — DOSSIER 4.220

Première blennorragie en 1929.

- | | | |
|----------|--|---------------|
| 2-5-30 | Ecoulement depuis 8 jours
Traité par vaccins, lavages
et massages de prostate. | G. R. ++++ H0 |
| 22-10-30 | Guérison clinique. | |
| 24-11-30 | | G. R. ++++ H0 |
| 3-2-31 | Nouvel écoulem. gono ++ | G. R. ++++ H0 |

OBSERVATION 38. — DOSSIER 4.242

Première blennorragie en 1929.

- | | | |
|----------|--|---------------|
| 7-5-30 | Nouvel écoulement depuis
5 mois | G. R. ++++ H0 |
| 18-6-30 | Guérison clinique | G. R. ++++ H0 |
| 14-9-30 | | G. R. ++++ H0 |
| 24-1-31 | | G. R. +++ H2 |
| 12-10-31 | Nouvel écoulement depuis
15 jours gono ++ | |
| | Traité par vaccins et lav. | G. R. ++++ H0 |
| 13-11-31 | Lavage au nitrate; bière;
guérison clinique | G. R. ++++ H0 |

OBSERVATION 39. — DOSSIER 4.276

Blennorragie en 1921.

- 19-5-30 Ecoulement depuis 1 mois G. R. +++++ H0
21-7-30 Guérison clinique.
15-10-30 Nouvel écoulement depuis
8 jours gono ++ G. R. +++++ H0
Traité par vaccins et lav.
1-12-31 Guérison clinique G. R. +++++ H0

OBSERVATION 40. — DOSSIER 4.297

Blennorragie en 1928.

- 26-5-30 Ecoulement depuis 3 jours G. R. nég. H8
30-6-30 Guérison clinique G. R. +++++ H0
10-11-30 Goutte urétrale depuis 12 h.
gono + G. R. +++++ H0
24-11-30 Guérison clinique. Lavage
au nitrate. Bière.
30-12-30 Ecoulement gono ++ G. R. +++++ H0
Janv. 31 Vaccins.
2-2-31 Lavage au nitrate; bière G. R. +++++ H0
Mars 32 Prostatite, littrite.
21-1-33 G. R. +++++ H0

OBSERVATION 41. — DOSSIER 4.419

- 8-7-30 Ecoulement depuis 10 jours G. R. + H6
27-9-30 Guérison clinique G. R. +++++ H0
10-11-30 Ecoulement gono ++ dep.
trois jours
Urines claires. Guéri par
4 lavages au permanganate
et un lavage au nitrate. G. R. +++++ H0
3-12-30 Etincelage.

OBSERVATION 42. — DOSSIER 4.436

Blennorrhagie en 1928.

15-7-30 Ecoulement depuis 3 jours.

16-9-30 Guérison clinique.

6-3-31 Ecoulement depuis 12 h.,

gono ++

G. R. ++ H4

Traité par vaccins et lav.

Lav. au nitrate: gono ++.

OBSERVATION 43. — DOSSIER 4.476

Blennorrhagie en 1926.

26-7-30 Ecoulement depuis 3 jours G. R. ++++ H0

1-9-30 Guérison clinique.

30-11-31 Ecoulement depuis 36 h. :

gono +

G. R. ++ H4

Traité par vaccins, lavages au perm. et au nitrate.

29-12-31 Guérison clinique

G. R. ++++ H0

3-3-32

G. R. + H6

3-4-32 *Urétroscopie* : Infiltration dure avec œdème de l'U. P. Granulations molles sur le bulbe. Traitement : Effluviation de l'urètre.

21-5-32

G. R. nég. H8.

OBSERVATION 44. — DOSSIER 4.478

8-9-30 Ecoulement depuis 8 jours G. R. ++++ H0

16-10-30 Guérison clinique G. R. ++++ H0

13-3-31 Ecoulement depuis 24 h. :

gono ++

G. R. ++++ H0

Traité par vaccins, lavages au perm. et au nitrate.

31-3-31 Guérison clinique

G. R. ++++ H0

5-10-31	Ecoulement gono + Traitement : vaccins, lavages au perm., lavage au nitrate; bière.	G. R. +++++ H0
18-11-31	Guérison clinique	G. R. +++++ H0
17-3-32	Nouvel écoulem. depuis 24 h. gono ++	G. R. +++++ H0
26-4-32	Guérison clinique	G. R. +++++ H0
7-5-32	<i>Urétroscopie</i> : Légères granulations du bulbe.	
17-10-32	Nouvel écoulement depuis 15 jours gono + Dilatations Kollmans dr. et courbes.	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 45. — DOSSIER 4.494

Blennorrhagie en 1927.

5-8-30	Ecoulement depuis 2 jours	G. R. +++++ H0
8-9-30	Guérison clinique	G. R. +++++ H0
2-6-31	Nouvel écoulem. gono ++ Traité par vaccins, lavages, lavage au nitrate; bière.	G. R. ++ H4
12-8-31	Guérison clinique	G. R. +++++ H0
27-10-31		G. R. nég. H8
7-7-32		G. R. + H6

OBSERVATION 46. — DOSSIER 4.514.

12-8-30	Ecoulement depuis 3 jours Deux écoulements antér.	G. R. + H6
18-9-30	Guérison clinique	G. R. +++ H2
8-12-30		G. R. +++ H2
6-7-31	Ecoulement gono + Orchite. Traitement : vaccins, lavages.	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 47. — DOSSIER 4.563

- 1-9-30 Ecoulement depuis 6 semaines gono + G. R. +++++ H0
Antécédents : écoulement en 1928.
- 26-11-30 Cliniquement guéri G. R. +++++ H0
- 2-3-31 Léger écoulement : *diplos suspects* G. R. +++++ H0
- 25-3-31 *Urétroscopie* : Infiltration molle de l'U. P. Lacunite.
Traitement par Kd. et Kc.

OBSERVATION 48. — DOSSIER 4.756

- 12-11-30 Ecoulement depuis 3 jours gono + G. R. + H6
Antécédents : écoulement antérieur en 1927.
- 12-12-30 Cliniquement guéri G. R. +++ H2
- 30-6-31 Ecoulement depuis 5 jours gono ++ G. R. ++ H4
- 12-9-31 Guérison clinique G. R. +++++ H0
- 10-10-32 Ecoulement depuis 4 jours, 7 jours d'incub.; gono ++ G. R. nég. H8
Traitement : vaccins, lavages au permanganate.
- 23-12-32 Epreuve de la Bière et lavage au nitrate G. R. +++++ H0

OBSERVATION 49. — DOSSIER 4.862

- 26-12-30 Ecoulement depuis 2 mois.
Ecoulement ant. en 1917.
- 20-1-31 Guérison clinique de l'écoulement.

- 24-9-31 Écoulement depuis 5 jours, *rare gonos*. Traitement :
vaccins, lavages.
- 24-10-31 Bière, lavage au nitrate G. R. ++++ H0
- 23-4-32 G. R. ++ H4
- 26-5-32 *Urétroscopie* : Infiltration
molle de l'U. P. avec
œdème bulleux; lacunes
énormes, périlacunités.

OBSERVATION 50. — DOSSIER 4.888

- 3-1-31 Écoulement depuis 6 mois
Écoulem. antér. en 1929. G. R. ++++ H0
- 2-2-31 Guérison clinique G. R. ++++ H0
- 22-4-31 Nouvel écoulement depuis
15 jours, gono ++ G. R. ++++ H0
Trait. par vaccins et lav.

OBSERVATION 51. — DOSSIER 4.919

- 14-1-31 Écoule. depuis 3 semaines. G. R. +++ H2
Écoulem. antér. en 1925.
- 23-3-31 Guérison clinique.
- 11-5-31 Écoulement depuis 12 h. :
gono ++ G. R. ++++ H0
Trait. : vaccins et lavag.

OBSERVATION 52. — DOSSIER 4.234

- 5-5-30 Écoulement depuis 4 jours
Écoulem. antér. en 1927. G. R. +++ H2
- 1-7-30 Guérison clinique.
- 14-11-30 Nouvel écoulement depuis
24 heures; 3 jours après
un rapports; gono ++ G. R. +++ H2

OBSERVATION 53. — DOSSIER 4.241

7-5-30	Ecoulement depuis 5 jours Ecoulem. antér. en 1929.	G. R. nég. H8
6-6-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
23-7-30		G. R. ++++ H0
3-1-31	Goutte matinale. Explora- tion : litrite Traitement : Dilatations par Béniquès.	G. R. ++++ H0
19-2-31	<i>Urétroscopie</i> : Infiltration molle de l'U. P. avec la- cunes en activité. Traite- ment : Dilatations par Kollmans droits et cour- bes pendant 4 mois.	
8-8-31	Ecoulement gono ++; uri- nes claires avec filaments. Traitement : vaccins et lav.	
15-10-31		G. R. ++++ H0

OBSERVATION 54. — DOSSIER 4.322

7-6-30	Ecoulement depuis 8 jours Ecoulem. antér. en 1927.	G. R. ++ H4
24-7-30	Guérison clinique.	
15-9-30	Nouvel écoulem. gono ++	G. R. +++ H2
28-10-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
9-12-30		G. R. +++ H2
Juin 31	Dilatations : Béniquès 42 à 54.	
15-12-31	Nouvel écoulement depuis 3 jours gono ++ Traitement : vaccins et lav.	G. R. +++ H2
18-3-32		G. R. ++ H4
28-11-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 55. — DOSSIER 4.434

- 25-7-30 Ecoulement depuis 3 jours
Ecoulement deux mois
auparavant. G. R. ++ H4
- 3-10-30 Guérison clinique.
- 16-12-30 Nouvel écoulem. gono ++.
Traitem. : vaccins et lav.
- 30-1-31 Guérison clinique G. R. ++++ H0
Epreuve de la bière et la-
vage au nitrate.

OBSERVATION 56. — DOSSIER 4.472

- 24-7-30 Ecoulement depuis 8 jours
Ecoulem. antér. en 1828
et en janvier 1930. G. R. ++++ H0
- 5-9-30 Guérison clinique.
- 4-12-30 Nouvel écoulem. gono ++.
Traité par vaccins et lav.
- 3-1-31 Gono ++ G. R. ++++ H0
Traitement : vaccins, la-
vages, nitrate d'Ag.
- 3-2-31 G. R. ++++ H0

OBSERVATION 57. — DOSSIER 4.519

- 12-8-30 Ecoulement depuis 4 jours
Ecoulem. antér. en 1925
et trois rechutes. G. R. ++++ H0
- 9-9-30 Guérison clinique.
- 8-3-32 Nouvel écoulem. gono ++.
Traité par vaccins et lav.
- 4-4-32 Lavage au nitrate.
- 3-5-32 Nouvel écoulem. gono ++.
Guéri en 4 lavages.
- 16-8-32 Ecoulement gono ++ G. R. +++ H2

- Traitement : vaccins, lavages au permanganate.
- 16-9-32 Lavages au nitrate.
- 18-10-32 Ecoulement depuis 24 h. gono ++
 Traitement : 4 lavages.
 Dilatations au Bèniqùé de 44 à 56.
- 2-12-32 *Uretroscopie* Intiltration de l'U. P. avec bulles au niveau du col vésical. Lacunes et granulations de l'U. Ant.

OBSERVATION 58. DOSSIER 4.543

- 19-8-30 Ecoulement depuis 15 jours
 Ecoulement 6 mois auparavant. G. R. - + + + H0
- 22-9-30 Guérison clinique.
- 7-8-31 Ecoulement gono ++ dep. 24 h. Vaccins et lavages.
- 12-9-31 Lavage au nitrate G. R. + + + + H0
- 14-12-31 Nouvel écoulem. gono ++.
 Urines claires, filaments
 Traitement : vaccins et lav. G. R. + + + + H0
- 13-2-32 Lavage au nitrate
 Epreuve de la bière. G. R. + + + + H0

OBSERVATION 59. DOSSIER 4.582

- 30-8-30 Ecoulement depuis 2 mois G. R. - + H4
 Ecoulem. antér. en 1929.
- 6-10-30 Guérison clinique.
- 3-1-31 Nouvel écoulem. gono - - G. R. + + + + H2
- 21-2-31 G. R. + + + + H0

OBSERVATION 60. — DOSSIER 4.611

- 16-9-30 Ecoulement dep. quelques
jours
Ecoulem. antér. en 1925. G. R. nég. H8
- 24-10-30 G. R. +++++ H0
- 17-12-30 Guérison clinique. G. R. +++++ H0
- 20-1-31 *Urétroscopie* : Infiltration
dure de l'U. P. Lacunite.
Traitement : Dilatations
par Kollmanns droits et
courbes.
- 11-6-31 Nouvel écoulem. gono ++ G. R. +++++ H0
Traité par vaccins et lav.

OBSERVATION 61. — DOSSIER 4.637

- 20-10-30 Ecoulement depuis 1 mois
Ecoulement en 1928. G. R. +++++ H0
- 29-11-30 Guérison clinique.
- 26-6-31 Nouvel écoulem. gono ++ G. R. +++ H2
Traité par vaccins et lav.
- 19-9-32 G. R. +++++ H0

OBSERVATION 62. — DOSSIER 4.921

- Ecoulements en 1916 et 1925.
- 15-1-31 Ecoulement depuis 15 jours G. R. ++ H4
- 16-4-31 Guérison clinique.
- 20-10-31 Nouvel écoulem. gono ++
Traité par vaccins et lav. G. R. +++++ H0
- 16-6-32 Nouvel écoulement depuis
12 heures, gono ++.

Malades aigus primitifs dont la gonoréaction est devenue négative après traitement

OBSERVATION 63. — DOSSIER 4.107

18-3-30	Premier écoulement 2 jours, gono ++	G. R. nég. H8
28-4-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
31-10-30		G. R. + H6

OBSERVATION 64. — DOSSIER 4.195

22-4-30	Premier écoulem. 4 jours, gono ++	G. R. nég. H8
19-6-30	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
22-9-30		G. R. nég. H8

OBSERVATION 65. — DOSSIER 4.244

7-5-30	Premier écoulem. 6 jours, gono ++	G. R. nég. H8
17-6-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
3-10-30		G. R. +++ H2
27-1-31		G. R. ++++ H0
7-2-31	Exploration négative. Etin- cellage : 0.	
23-6-31	Etincelage	G. R. ++ H4
19-9-31		G. R. nég. H8
15-12-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 66. — DOSSIER 4.328

11-6-30	Premier écoulem. 4 jours, gono ++	G. R. ++ H4
7-7-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
6-8-30		G. R. nég. H8

OBSERVATION 67. — DOSSIER 4.400

3-7-30	Premier écoulem. 3 jours, gono ++	G. R. nég. H8
30-9-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
14-2-31		G. R. nég. H8
19-6-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 68. — DOSSIER 4.405

4-7-30	Premier écoulem. 2 jours, gono ++	G. R. + H6
29-8-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
19-11-30		G. R. + H6

OBSERVATION 69. — DOSSIER 4.615

18-10-20	Premier écoulement quel- ques semaines, gono ++	G. R. +++ H2
22-11-30	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
2-3-31		G. R. + H6

OBSERVATION 70. — DOSSIER 4.665

10-10-30	Premier écoulement depuis 6 semaines, gono ++	G. R. ++++ H0
10-11-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
3-1-31		G. R. ++++ H0
7-3-31		G. R. + H6

OBSERVATION 71. — DOSSIER 4.713

27-10-30	Premier écoulem. 5 jours, gono ++	G. R. ?
8-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
16-9-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 72. — DOSSIER 4.715

29-10-30	Premier écoulem. 24 h., gono ++	G. R. nég. H8
13-1-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
13-3-31		G. R. ++++ H0
7-9-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 73. — DOSSIER 4.748

8-11-30	Premier écoulement depuis 5 mois, gono ++	G. R. ++++ H0
16-12-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
2-3-31		G. R. ++ H4
25-4-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 74. — DOSSIER 4.803

29-11-30	Premier écoulement 36 h., gono ++	G. R. nég. H8
10-1-31	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
20-2-31		G. R. ++++ H0
8-4-31		G. R. +++ H2
4-6-31		G. R. nég. H8
19-2-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 75. — DOSSIER 4.851

20-12-30	Premier écoulement 3 mois (traitem. par gonacrine), gono ++	G. R. +++ H2
29-1-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
5-1-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 76. — DOSSIER 4.934

17-1-31	Premier écoulem. 4 jours, gono ++	G. R. ?
25-2-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
16-6-31		G. R. + H6

OBSERVATION 77. — DOSSIER 4.963

24-1-31	Premier écoulem. 5 jours,	
	gono ++	G. R. nég. H8
25-3-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
23-11-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 78. — DOSSIER 4.964

24-1-31	Premier écoulem. 8 jours,	
	gono ++	G. R. + H6
11-3-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
30-11-31		G. R. + H6

OBSERVATION 79. — DOSSIER 4.994

7-2-31	Premier écoulem. 2 jours,	
	gono ++	G. R. nég. H8
23-4-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
17-7-31		G. R. nég. H8
2-11-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 80. — DOSSIER 4.146

29-3-30	Premier écoulement 24 h.,	
	gono ++	G. R. nég. H8
31-5-30	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
28-2-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 82. — DOSSIER 4.227

Voir aigus primitifs ayant rechuté
(Obs. 18).

OBSERVATION 83. — DOSSIER 4.245

Voir aigus primitifs ayant rechuté
(Obs. 19).

OBSERVATION 84. — DOSSIER 4.598

12-9-30	Premier écoule gono ++	G. R. ++ H4
31-10-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
19-2-31		G. R. +++ H2
25-1-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 85. — DOSSIER 4.616

18-9-30	Premier écoulem. 8 jours, gono ++	G. R. nég. H8
18-11-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
15-12-30		G. R. +++++ H0
20-1-31		G. R. ++ H4
9-7-32		G. R. + H6
10-10-32		G. R. ++ H4
9-11-32		G. R. + H6

OBSERVATION 86. — DOSSIER 4.653

6-10-30	Rhumatisme des petites articulations. Traitement : vaccin	G. R. +++++ H0
5-12-30	Bon état	G. R. +++++ H0
25-1-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 87. — DOSSIER 4.669

24-11-31	Premier écoulem. 25 jours, gono ++	G. R. +++++ H0
26-12-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
22-11-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 88. — DOSSIER 4.673

11-10-30	Premier écoulem. 5 jours, gono ++	G. R. nég. H8
15-11-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
31-8-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 89. — DOSSIER 4.728

Voir malades aigus primitifs ayant
rechuté (Obs. 28).

OBSERVATION 90. — DOSSIER 4.761

13-11-30	Premier écoulem. 3 jours, gono ++	
14-2-31	Cliniquement guéri	G. R. ?
6-3-31		G. R. ++ H4
11-5-31		G. R. ++ H4
9-7-31		G. R. ++ H4
28-7-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 91. — DOSSIER 4.873

29-12-30	Premier écoulem. 3 jours, gono ++	G. R. nég. H8
31-1-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
8-12-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 92. — DOSSIER 4.876

30-12-30	Premier écoulem. 6 mois, gono ++	G. R. ++++ H0
16-2-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
28-12-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 93. — DOSSIER 4.885

2-1-31	Premier écoulement 48 h., gono ++	G. R. + H6
2-2-31	Cliniquement guéri	G. R. +++ H2
14-4-31		G. R. nég. H8
20-5-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 94. — DOSSIER 4.948

20-1-31	Premier écoulem. 3 jours,	
	gono ++	G. R. nég. H8
3-3-31	Cliniquement guéri	G. R. ++++ H0
14-4-31		G. R. + H6

**Malades aigus secondaires dont la gonoréaction
est devenue négative après traitement**

OBSERVATION 95. — DOSSIER 4.013

Blennorragie en 1929.

13-2-30	Ecoulement dep. 15 jours	G. R. nég. H8
31-3-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
27-8-30		G. R. + H6
11-12-30		G. R. + H6

OBSERVATION 96. — DOSSIER 4.068

5-3-30	Ecoulement depuis 2 jours	
	Ecoulement précédent il	
	y a 1 an 1/2.	G. R. nég. H8
4-4-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
6-5-30		G. R. ++++ H0
24-6-30		G. R. ++++ H0
7-7-30		G. R. +++ H2
8-9-30		G. R. ++ H4
17-11-30		G. R. nég. H8

OBSERVATION 97. — DOSSIER 4.069

Blennorragies en 1910 et 1928.

5-3-30	Ecoulement depuis 3 mois	G. R. ++++ H0
19-4-30	Guérison clinique	G. R. nég. H8

OBSERVATION 98. — DOSSIER 4.304

Blennorragie en 1926.

31-5-30	Ecoulement depuis 3 jours	G. R. nég. H8
12-8-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
13-5-31		G. R. + H6

OBSERVATION 99. — DOSSIER 4.389

Blennorragie en 1929.

1-7-30	Ecoulement depuis 2 mois	G. R. +++ H2
5-8-30	Guérison clinique.	
4-11-30		G. R. nég. H8

OBSERVATION 100. — DOSSIER 4.415

Blennorragie en 1927.

10-9-30	Ecoulement depuis 3 jours	G. R. + H6
15-10-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
Mars 31	Littrite, Prostate dure. Bq. 42 à 54.	
24-3-31	Urétroscopie : Urètre nor- mal.	
16-6-31	Ecoulement depuis 2 jours gono ++	
	Traité par vaccins et lav.	G. R. nég. H8

OBSERVATION 101. — DOSSIER 4.547

Blennorragie en 1927.

21-8-30	Ecoulement depuis 5 mois	G. R. ++++ H0
18-9-30	Guérison clinique.	
6-3-31	Ecoulement gono ++	G. R. + H6
13-4-31	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
6-7-31		G. R. +++ H2
6-4-32		G. R. + H6
23-9-32		G. R. nég. H8

- 2-11-32 Goutte matinale depuis un
mois. Littrite. G. R. + H6
8-12-32 *Urétroscopie* : Œdème bul-
leux. Infil. molle de l'U.
P. Littrite, lacunite U. A.

OBSERVATION 102. — DOSSIER 4.630

Blennorragie en 1924.

- 17-11-30 Ecoulement depuis 15 jours G. R. ++ H4
5-2-31 Guérison clinique G. R. ++++ H0
19-3-31 G. R. ++ H4
2-6-31 *Urétroscopie* : Légère infil-
tration de l'U. P. Lacunes
énormes. Traitement : Koll-
mans droits et courbes.
Etincelage.
10-12-31 G. R. nég. H8
13-2-33 G. R. nég. H8

OBSERVATION 103. — DOSSIER 4.636

Blennorragie en 1927.

- 26-9-30 Ecoulement depuis 1 mois 1/2 G. R. ++++ H0
24-11-30 Guérison clinique G. R. ++++ H0
2-2-31 *Urétroscopie* : Infiltration
molle de l'U. P. Œdème
bulleux. Traitement : Koll-
mans droits et courbes G. R. +++ H2
3-10-31 G. R. + H6
17-10-32 G. R. nég. H8

OBSERVATION 104. — DOSSIER 4.792

Blennorragie en 1929.

- 26-11-30 Ecoulement depuis quelques
jours G. R. +++ H2

29-12-30	Guérison clinique	G. R. +++ H2
28-3-31		G. R. +++ H2
12-3-32		G. R. nég. H8

OBSERVATION 105. — DOSSIER 4.817

Blennorrhagie en 1904.

5-12-30	Ecoulement depuis 2 jours	G. R. + H6
8-1-31	Guérison clinique Dilatation par Kollman droit.	G. R. ++++ H0
24-11-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 106. — DOSSIER 4.565

Blennorrhagie en 1917.

26-8-30	Ecoulement dep. 15 jours	G. R. +++ H2
2-10-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
16-12-30		G. R. ++ H4
11-2-31		G. R. + H6

OBSERVATION 107. — DOSSIER 4.567

Blennorrhagie en 1928.

17-8-30	Ecoulement depuis 1 mois	G. R. +++ H2
7-11-30	Guérison clinique	G. R. ++++ H0
19-2-31		G. R. + H6

OBSERVATION 108. — DOSSIER 4.589

Blennorrhagie antérieure.

2-9-30	Ecoulement depuis 6 semaines	G. R. ++++ H0
11-10-30	Guérison clinique.	
27-7-31		G. R. + H6

OBSERVATION 109. — DOSSIER 4.648

Blennorrhagies datant de 1 an et
6 mois.

20-10-30	Goutte intermittente	G. R. +++++ H0
23-10-30	Guérison clinique.	
19-6-31		G. R. nég. H8

OBSERVATION 110. — DOSSIER 4.793

26-11-30	Écoulement depuis 1 mois	G. R. +++ H2
29-12-30	Guérison clinique	G. R. +++++ H0
14-11-31		G. R. nég. H8

Malades chroniques ayant rechuté

OBSERVATION 111. — DOSSIER 4.430

10-7-30	Trois écoulements antérieurs : 10 ans, 5 ans, 1 an. Goutte matinale ur. : clf. cl. Littrite	G. R. ?
15-7-30	Après 2 Béniqués 42-44. Goutte; gono ++. Traitement : vaccin, lavages.	
4-9-30	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0

OBSERVATION 112. — DOSSIER 4.908

10-2-31	Deux écoulements antér. mal précisés. Vient pour humidité du canal	G. R. +++++ H0
15-1-31	Étincelage. Le lendemain gono ++. Trait. : vaccin, lavages.	
9-2-31	Cliniquement guéri	G. R. +++++ H0
21-11-31	Écoulem. 8 jours, gono ++ Trait. : vaccin, lavages, béniqués.	G. R. +++++ H0

Déc. 31 *Urétroscopie* : Infiltration
diffuse et dure de l'urètre
postérieur; lacunes.

17-3-32 G. R. +++++ H0

OBSERVATION 113. — DOSSIER 4,249

1-5-30 Ecoulement il y a 2 ans et
demi. Goutte matinale.
Littrite, cowpéríte

Trait. : béniqués. G. R. +++++ H0

23-12-30 Ecoule. 4 jours, gono ++ G. R. +++ H2

OBSERVATION 114. — DOSSIER 4,077

6-3-30 Premier écoulement il y a
11 ans. Hydarthrose dep.
1 mois 1/2

Trait. autohémothérapie. G. R. +++++ H0

25-4-30 G. R. nég. H8

10-8-31 Ecoulement gono ++ G. R. ++ H4

15-9-31 Cliniquement guéri G. R. +++++ H0

OBSERVATION 115. — DOSSIER 4,079

6-3-30 Premier écoulement il y a
6 ans. Plusieurs rechutes
depuis. Goutte matinale,
filaments, littrite G. R. +++ H2

Urétroscopie : Infiltration
molle de l'urètre posté-
rieur avec petites bulles
d'œdème.

Mai 30 Kollmans droits et courbes,
nitrate.

5-12-31 Ecoulem. 1 jour gono ++ G. R. nég. H8

20-1-32 Cliniquement guéri G. R. +++++ H0

OBSERVATION 116. — DOSSIER 4.384

- 30-6-30 Premier écoulem. 3 mois.
Goutte matinale, prostatite, littrite G. R. ++++ H0
Urétro : Infiltration molle
urètre postérieur. Petits
kystes de la paroi infér.
Trait. : lavages, massag.
3-11-30 *Orchite droite*. Vaccins.

OBSERVATION 117. — DOSSIER 4.414

- 4-6-30 Antécédents ?
Goutte matinale.
Trois lavages nitrate. G. R. +++ H2
5-7-30 Goutte : gono ++. Lavages,
massages, prostate.
30-10-30 G. R. ++++ H0
10-1-31 Etincelage.
24-2-31 *Urétroscopie* : Infiltration
dure de l'urètre postér.;
Trait. : Kollman courbe
et droit.

OBSERVATION 118. — DOSSIER 4.532

- 19-7-30 Premier écoulement il y a
4 mois. Goutte matinale,
prostatite G. R. ?
26-7-30 Après lavage au nitrate :
gono ++. Traitement :
vaccin, lavages, bière.
24-10-30 Guérison clinique G. R. ++++ H0
29-1-31 G. R. +++ H2

25-9-31 G. R. +++ H2
 4-11-31 G. R. ++++ H0

Urétroscopie : Infiltration
 molle urètre postérieur;
 œdème bulleux. Infiltrat.
 de l'urètre antér., lacun.

Déc. 1931, janv.-fév. 1932 Kollmans
 droits et courbes.

28-4-32 G. R. + H6

OBSERVATION 119. — DOSSIER 6.994

5-9-32 Premier écoulement il y a
 3 mois. Goutte matinale,
 filaments, littrite G. R. ++++ H0
 9-9-32 Après instillation de nitrate
 goutte, gono ++.

OBSERVATION 120. — DOSSIER 6.871

2-8-32 Ecoulements antér. : 6 ans,
 1 an; 15 jours. Urines
 claires, filaments, littrite G. R. ++++ H0
 6-8-32 Après un Béniqué 44, gtte :
 gono ++. Vaccin, lavag.
 6-9-32 Cliniquement guéri.

OBSERVATION 121. — DOSSIER 6.700

17-6-32 Ecoulements antér. : 7 ans,
 1 an. Urines claires; lit-
 trite légère G. R. +++ H2
 23-6-32 Après 2 Béniqués, goutte :
 gono ++. Traitement :
 vaccin, lavages, Béniqués.
 16-9-32 *Urétroscopie* : Infiltration
 molle de l'urètre postér.,

œdème bulleux. Traitement :
instillation de nitrate.
Kollmans dr. et courbes.

12-11-32

G. R. nég. H8

**Malades chroniques présentant des lésions à l'examen
clinique complet et ayant une gonoréaction positive**

OBSERVATION 122. — DOSSIER 4.087

8-3-30 Premier écoulement il y a
17 mois. Goutte matinale,
filaments G. R. +++++ H0
Urétroscopie : Infiltration
molle de l'urètre postér.;
léger œdème bulleux.
Kollmans dr. et courbes.

OBSERVATION 123. — DOSSIER 4.097

14-2-30 Ecoulements antér. : 2 ans,
6 mois. Goutte matinale,
filaments G. R. +++ H2
Urétroscopie : Infiltration
molle de l'urètre postér.;
gros œdème bulleux; lacunes.
Kollmans droits et courbes.

OBSERVATION 124. — DOSSIER 4.111

20-3-30 Ecoulements antérieurs :
10 mois, 4 mois. Goutte
matinale, littrite G. R. +++++ H0
Urétro : Infiltration molle
urètre postérieur; littrite.

Avril, mai, juin, juillet 1930 Koll-
mans droits et courbes.

1-12-30 Etincelage.

23-2-31

G. R. ++ H4

20-5-32

G. R. + H6

26-10-32

G. R. nég. H8

OBSERVATION 125. — DOSSIER 4.163

5-4-30 Ecoulement antérieur 6 ans.

Goutte matinale; littrite G. R. ++++ H0

Urétro : Infiltration molle

urètre postérieur; œdème

bulleux; lacunes; littrite.

OBSERVATION 126. — DOSSIER 4.260

14-5-30 Ecoulement il y a 4 ans.

Rechutes chaque année.

Goutte matinale; littrite G. R. +++ H2

Urétro : Infiltration molle

de l'U. postéri., lacunite.

OBSERVATION 127. — DOSSIER 4.378

28-6-30 Ecoulement antér. 3 mois.

Goutte matinale; littrite G. R. +++ H2

Urétro : Infiltration molle

urètre postérieur; légère

lacunite. Kollmans droits

et courbes.

OBSERVATION 128. — DOSSIER 4.388

6-9-30 Ecoulements antér. : 3 ans,

6 mois. Goutte matinale,

filaments, littrite G. R. ++++ H0

Urétro : Infiltration molle
à l'urètre post., lacunite.
Kollmans dr. et courbes.
Etincellage.

OBSERVATION 129. — DOSSIER 4.683

18-10-30	Ecoulement antér. 9 ans. Goutte : pas de gono; ur. louches Vaccins, lavages.	G. R. ++++ H0
5-12-30		G. R. ++++ H0
7-1-31	Grosse littrite, étincellage	G. R. ++++ H0
3-2-31	<i>Urétro</i> : Enorme œdème bulleux de l'urètre posté- rieur, lacunes.	
Février-mars 1931	Kollmans droits et courbes.	
3-4-31	Cautérisation du bulbe	G. R. ++ H4
1-7-31	Cautérisation galvano. urè- tre postérieure	G. R. nég. H5
Sept.-oct.-nov. 1931	Cautérisations et instillations de nitrate.	
24-5-32		G. R. + H6
24-6-32		G. R. + H6
27-7-32		G. R. + H6

OBSERVATION 129. — DOSSIER 4.721

31-10-30	Ecoulement antér. 7 mois. Goutte matinale; littrite <i>Urétro</i> : Infiltration molle urètre postér.; lacunite; Kollmans dr. et courbes.	G. R. +++ H2
4-2-33		G. R. nég. H8

OBSERVATION 131. — DOSSIER 4.907

- 6-30-31 Ecoulement antér. 4 ans;
littrite G. R. ++ H4
Urétro : Infiltration molle
urètre postérieur; œdème
bulleux; Kollmans cour-
bes et droits.

OBSERVATION 132. — DOSSIER 4.918

- 14-1-31 Ecoulement antér. 6 ans.
Goutte matinale; littrite G. R. +++ H2
Urétro : Infiltration dure
urètre postér. Enorme
véru; lacunes en activité;
Kollmans courbes et dr.
11-8-31 G. R. ++ H4

OBSERVATION 133. — DOSSIER 4.924

- 15-1-31 Antécédents ? Goutte mati-
nale continue; littrite
Urétro : Légère infiltration
molle de l'urètre postérieur;
Kollmans dr. et courbes.
27-8-31 G. R. ++++ H0
7-9-31 *Urétro* : Disparition de
l'infiltration molle; gros
véru avec petits kystes;
lacunes; Kollmans droits.
3-2-32 G. R. +++ H2

OBSERVATION 134. — DOSSIER 4.925

- 14-1-31 Ecoulement antér. : 4 ans;
goutte matinale G. R. +++ H2

Urétro : Urètre postérieur
normal; rétrécissement
large d'Oddi; Kollmans
courbes, nitrate, étincell.

OBSERVATION 135. — DOSSIER 4.929

- 2-3-31 Ecoulement antér. : 6 ans.
Goutte matinale, filaments G. R. ++++ H0
Urétro : Infiltration molle
de l'urètre postérieur ;
léger œdème bulleux; la-
cunes en activité. Koll-
mans droits et courbes;
étincelage.
5-9-31 G. R. ++++ H0

OBSERVATION 136. — DOSSIER 4.993

- 17-1-31 Ecoulement antér. : 4 ans.
Goutte matinale, littrite G. R. +++ H2
Urétro : Infiltration molle
urètre postér.; lacunes.

OBSERVATION 137. — DOSSIER 4.937

- 19-1-31 Ecoulement antér. 10 mois.
Goutte matinale G. R. ++++ H0
Urétro : Infiltration molle
de l'urètre postérieur; ré-
trécissement large d'Oddi;
Kollmans droits et cour-
bes; étincelage, nitrate.
27-7-31 G. R. + H6

OBSERVATION 138. — DOSSIER 4.943

- 20-1-31 Ecoulement antér. : 5 ans.
Goutte matinale, littrite G. R. ++++ H0

Urétro : Infiltration molle
urètre postérieur; rétrécissement large d'Oddi;
lacunes, Kollmans droits
et courbes.

OBSERVATION 139. — DOSSIER 4.956

- 22-1-31 Ecoulement antér. : 2 ans.
Goutte matinale G. R. +++ H2
Urétro : Infiltration molle
de l'urètre postérieur; lacunes; Kollmans droits et courbes, nitrate, étincell.

OBSERVATION 140. — DOSSIER 4.972

- 27-1-31 Ecoulement antérieur 1 an.
Goutte matinale G. R. +++ H2
Urétro : Infiltration molle
urètre postér.; œdème bulleux; infiltration dure
urètre antérieur, littrite;
Kollmans droits et courbes, étincelage.

OBSERVATION 141. — DOSSIER 4.980

- 29-1-31 Ecoulement antér. 4 mois.
Goutte matinale G. R. +++ H2
Urétro : Infiltration molle
urètre postérieur; léger œdème bulleux, lacunes;
Kollmans courbes et dr.
2-7-31 G. R. nég. H8

Malades ayant rechuté après étincelage

OBSERVATION 142. — DOSSIER 1.505

Deux écoulements antérieurs, le dernier il y a un an. Vient consulter le 29 novembre 1929 avec des urines claires

G. R. ++++ H0

Le 29 : *Urétro* : œdème bulleux de l'U. P. Grosses lacunes.

Le 9 décembre 1929, on pratique un étincelage.

Le 12 décembre, le malade revient avec un écoulement abondant; présence de goncoques abondants.

Le 18 décembre, après avoir fait six lavages, les urines s'éclaircissent et tout rentre dans l'ordre.

Le malade a été revu le 5 mai 1930 après une série de Kollmans courbes en parfait état.

OBSERVATION 143. — DOSSIER 2.584

Trois écoulements antérieurs, le dernier guéri depuis le 29 novembre 1929; à cette date petit écoulement muqueux.

Une culture de sperme ne décèle rien d'anormal.

Le 2 janvier 1930

G. R. ++++ H0

Le 30 avril 1930

G. R. ++ H4

Le 2 mai 1930 : *Etincelage*.

Reprise de l'écoulement avec gono ++ le 5-5-30, qui disparaît après 8 lav.

Revu par la suite en bon état.

OBSERVATION 144. — DOSSIER 3.257

Deux écoulements antérieurs, le dernier guéri début de mars 1930.

A cette date

G. R. ++++ H0

Le 12 mai : *Etincelage*.

Quatre jours après, reprise de l'écoulement avec gono ++.

Guéri en quatre lavages.

OBSERVATION 145. — DOSSIER 3.455

Cinq écoulements antérieurs, le dernier guéri fin mars 1930; à cette date

Dilaté aux béniquès jusqu'au n° 56. G. R. ++++ H0

Urétro le 17 avril : lacunes.

Etincelage ce jour.

Trois jours après, écoulement avec gono +++ qui cède avec 7 lavages.

OBSERVATION 146. — DOSSIER 3.511

Un écoulement antérieur. Guérison : le 20 novembre 1919.

Le 5 décembre 1929

G. R. +++ H2

Etincelage le 28 mars 1930.

Écoulement avec gono ++ le 1^{er} avril 1930; guérison après le cinquième lavage.

OBSERVATION 147. — DOSSIER 3.860

Ne signale aucune blennorragie antérieure; vient nous consulter le 18-17-29 pour présence de quelques poussières dans les urines et une goutte muqueuse le matin qui, examinée, donne : diplococci gram +; pas de gono.

Quelques lavages au nitrate sont conseillés et une dilatation aux béniquès jusqu'à 56 est faite.

Urétro le 24-1-30 : Infiltration dure de l'U. P.

Lacunes.

Etincelage le 27-1-30.

Le 31, écoulement avec gono ++; urines troubles; ce dernier va durer jusqu'à fin d'avril 1930 et ne cède qu'à une série de vaccin Demonchy.

Le 8 mai 1930

G. R. +++++ H0

Etincelage le 10 mai 1930.

Le 14, nouvel écoulem. avec gono ++.

Guérison au bout de trois lavages.

Revu le 27 juin en bon état.

G. R. +++++ H0

Cultures de sperme

OBSERVATION 148. — DOSSIER 2.113

2-5-28 Ecoulement gono + depuis 3 jours.

12-6-28 Guérison clinique; spermoculture; diplos gr. +.
Pas de gono.

27-6-28 Goutte matinale; gono ++

OBSERVATION 149. — DOSSIER 2.117

3-4-28 Ecoulement depuis 4 jours; gono +; écoulements antérieurs en 1918 et 1926.

30-4-28 Guérison clinique.

1-6-28 Spermocult.; diplos Gr. +.
Pas de gono.

- 9-6-28 Nouvel écoulement gono +
30-7-28 Spermoculture; diplos et
cocci Gr. +; quelques bacilles Gr. —. Pas de gono.
3-12-28 Goutte matinale dep. 24 h.;
gono+

OBSERVATION 150. — DOSSIER 2.122

- 5-5-28 Ecoulement depuis 3 jours;
gono +
30-5-28 Guérison clinique.
1-6-28 Spermoculture; diplocoq.
Gram +; bacilles Gr. +
et Gr. —; pas de gono.
11-7-28 Nouvel écoulem. gono ++;
urines louches. Guéri par
deux lavages.

OBSERVATION 151. — DOSSIER 2.137

- 10-5-28 Ecoulement dep. 5 jours;
gono +
14-6-28 Guérison clinique, Spermoculture; diplos Gram +;
quelques cocci Gram —;
pas de gono.
27-6-28 Nouvel écoulement gono +;
urines claires. Guéri en
deux lavages.
28-7-28 Spermoculture: diplos et
cocci Gr. +; pas de gono.

OBSERVATION 152. — DOSSIER 2.145

Blennorragie en 1926.

- 12-5-28 Ecoulement dep. 5 jours:
gono +.

- 12-6-28 Guérison clinique. Spermoculture : diplos Gram +; cocci Gram —; pas de gono; 4 instillations de nitrate d'Ag.
26-6-28 Nouvel écoulem. : gono +.

OBSERVATION 153. — DOSSIER 2.160

- 19-5-28 Ecoulement depuis 1 mois : gono +
26-6-28 Guérison clinique. Spermoculture : diplos Gram +; bacilles et cocci Gr. —; pas de gono.
10-9-28 Lavage au nitrate.
11-9-28 Nouvel écoulement gono +
10-10-28 Guérison clinique G. R. + + + + H0

OBSERVATION 154. — DOSSIER 2.234

- 21-6-28 Ecoulement dep. 12 jours : gono +
17-7-28 Guérison clinique. Spermoculture : diplos et cocci Gr. +; pas de gono.
13-9-28 Goutte matinale; gas de gonocoques.
7-11-28 Epididymite droite et nouvel écoulement depuis 3 mois : gono +. Traitement : Vaccins.
8-6-29 *Urétroscopie* : Infiltration molle de l'U. P. Œdème bulleux du col vésical. Trait. : Kollmann courbe.

- 21-5-30 Nouvel écoulem. : gono +;
urines claires G. R. + H6
- 13-1-32 Nouvel écoulement depuis
un jour : gono + G. R. ++ H4
Traité par vaccins et lav.
- 21-5-32 *Urétroscopie* : Infiltration
molle de l'U. P. avec
oedème bulleux du col.

OBSERVATION 155. — DOSSIER 2.241

Blennorrhagie en 1926.

- 25-6-28 Nouvel écoulement depuis
15 jours : pas de gono.
- 15-9-28 Guérison clinique.
- 8-10-28 Spermocult. : diplos Gr. +;
amas de cocci Gram —;
pas de gono.
- 2-11-28 Nouvel écoulement gono +
- 12-11-28 Spermoculture : diplos et
cocci Gr. +; pas de gono.

OBSERVATION 156. — DOSSIER 2.253

- 30-6-28 Ecoulement depuis 6 mois :
gono +
- 28-7-28 Guérison clinique. Spermoculture : diplos et cocci
Gr. +; bacille Gr. + et
Gr. —; pas de gono.
- 11-9-28 Spermoculture : Diplocoq.
Gr. +; pas de gono.
- 8-4-29 G. R. +++++ H0
- 15-6-29 G. R. +++++ H0
- 6-7-29 *Urétroscopie* : Infiltration
molle de l'U. P. Lacunes.

5-9-29 Spermoc. : Diplos Gr. ++;
pas de gono.

OBSERVATION 157. — DOSSIER 2.301

- 24-7-28 Ecoulement dep. 3 jours :
gono +
4-9-28 Guérison clinique. Spermoculture : Diplos Gram +;
cocci Gr. +; pas de gono.
12-9-28 Ecoulement : gono +.
27-9-28 Guérison clinique. Spermoculture : Diplos Gram +;
cocci Gr. —; pas de gono.
4-10-28 Nouvel écoulement, gono +
6-10-28 Orchite droite.

OBSERVATION 158. — DOSSIER 2.335

- 4-8-28 Ecoulement dep. 2 jours :
gono +
31-10-28 Guérison clinique. Spermoculture : Diplos Gram +;
rares cocci Gram —; pas de gono.
4-12-28 Nouvel écoulement gono +.
Traitement : massages
de prostate, lavages au permanganate.

OBSERVATION 159. — DOSSIER 2.358

- 13-8-28 Ecoulement depuis 1 mois,
gono +
25-9-28 Guérison clinique. Spermoculture : Diplos Gram +;
bacilles Gr. +; quelques

- cocci Gr. —; pas de gono.
10-12-28 Nouvel écoulement depuis
12 heures : gono +
21-1-29 Guérison clinique. Spermoculture : diplos et bacilles
Gram +; quelques cocci
Gram —; pas de gono.
5-4-29 G. R. +++++ H0

OBSERVATION 160. — DOSSIER 2.360

Blennorragie en 1925.

- 14-8-28 Goutte matinale ne contenant pas de gono.

Septembre-octobre 1928 Traitement nitrate d'argent.

- 10-11-28 Guérison clinique. Spermoculture : Diplos Gram +; quelques cocci et bacilles Gr. —.

- Janv. 29 Lavages au nitrate et à l'oxycyanure.

- 4-2-29 Exploration : littrite. Traitement : bougies.

- 13-2-29 Nouvel écoulem. gono ++. Traité par lavages et dilatations au Béniquès.

- 6-4-29 Nouvel écoulement : diplos suspects.

- 12-4-30 Nouvel écoulement gono +. Orchite droite depuis 15 jours.

CONCLUSIONS

1) La gonococcie latente est beaucoup plus fréquente qu'on ne saurait le supposer. Sa méconnaissance peut présenter, au point de vue social, de graves dangers.

2) Utilisés isolément, la plupart des moyens préconisés jusqu'à ce jour ne permettent pas de la dépister d'une façon régulière et sûre.

3) Seul l'examen clinique complet du malade, avec urétroscopie et examen sérologique, permet d'obtenir une certitude ou, à défaut, une probabilité suffisante.

Vu : *Le Doyen*, BALTHAZARD. Vu : *Le Président de Thèse*, P. MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBELLION (G.). — Gonococcisme latent, recherche et traitement. (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1919, p. 213.)
- La Spermoculture. (*Journ. Méd. de Bruxelles*, 1922.)
- Gonocoque latent et culture du liquide séminal. (*J. de Méd. de Paris*, 1922, p. 11.)
- BARBELLION (P.). — Gonocoque latent et Spermoculture. (*Journal d'Urologie*, juillet 1927.)
- DURUPT et NOGUÈS. — Quelques considérations nouvelles sur le gonococcisme latent. (*Journal d'Urologie*, mars 1927, p. 202.)
- GISCARD. — Gonococcisme latent et culture de sperme (*Th.* 1923.)
- GUÉPIN. — De la nécessité des cultures pour la recherche du gonocoque. (*Acad. des Sciences*, 1907.)
- Les porteurs de germes blennorragiques. (*Ac. des Sc.*, 1914.)
- Les porteurs de germes blenn. (*Moniteur Méd.*)
- JANET. — Les blennorragies guéries qui continuent à couler; les blennorragies non guéries qui ne coulent pas. (*Journal d'Urologie* 1922, tome II, p. 419.)
- JANET et DEBAINS. — Résultats de quelques spermocultures. (*Assoc. Fr. d'Urologie*, 1924, p. 319.)
- LEBRETON. — Diagnostic et traitement de la blennor-

- ragie latente chez l'homme. (*Assoc. Fr. d'Urologie*, 1920, p. 293.)
- Du gonococcisme latent. (*Toulouse Méd.*, 15 mai 1922.)
- LE FURE. — Traitement des blennorragies rebelles et récidivantes. (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1908, p. 47.)
- MARCELOS. — Méthode de contrôle de guérison de la blennorragie. (*Athènes* 1924.)
- NOGUÈS. — Blennorragie et Mariage.
- PERVEZ. — Le contrôle de la guérison de blennorragie chronique et latente chez l'homme. (*Thèse Bordeaux* 1921.)
- ROUCAYROL. — Diagnostic bactériologique de la guérison des infections uro-génitales. (*Ass. Fr. d'Urologie* 1923, p. 334.)
- WATSON (B.). — The diagnosis of chronic gonokokken infection. (*Glasgow Medical Journal Dét.* 1922.)
- DOMBRAY. — Diagn. biologique de la gonococcie. Méthode de culture. Fixation de l'alexine. Précipitation. (*Paris* 1927.)
- GORY et JAUBERT. — La spermoculture. Sa technique. Sa valeur diagnostique. (*Journal d'Urologie*, avril 1928.)
- LEBRETON. — Formes cliniques de la gonococcie latente. (*Ass. Fr. d'Urologie* 1923.)
- JANET. — Diagnostic et traitement de la blennorragie.
- LUYS. — Diagnostic et traitement de la blennorragie.
- THOUVENET. — Séro-agglutination dans la blennorragie.
- JALASSOHN. — Feststellung der Heilung der Gonorrhée. (*Méd. Klinik*, n° 17, 24 avril 1931.)
- DEMONCHY. — Manuel de l'urétroscopie.
- ORPWOOD PRIZE. — The gonococcal complement fixation test. (*British Med. Journal* 4 avril 1931.)
- LANÇON. — L'étincelage. (*Urologie du Praticien*, juin 1932.)

GIRARD. — La réaction de déviation du complément chez les blennorragiens. (*Urologie du Praticien*, n° 6, 1929.)

DEMONCHY et BENOIST. — Recherches sur la cuti-réaction à la toxine gonococcique dans la blennorragie.

GIRARD. — La gono-réaction. Remarques sur sa technique et son utilité pratique. (*Ur. du Prat.*, oct. 1931.)

— Comment utiliser la gono-réaction. (*Ur. du Prat.*, déc. 1932.)
